

Technická univerzita v Liberci

Fakulta přírodovědně -humanitní a pedagogická

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Jitka BOBKOVÁ

Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele

**VLIV HUDBY NA JEDINCE
S PARKINSONOVOU CHOROBOU
THE INFLUENCE OF MUSIC ON PEOPLE
WITH PARKINSON'S DISEASE**

Bakalářská práce: 11-FP-KSS-1006

Autor:

Jitka BOBKOVÁ

Podpis:

.....

Vedoucí práce: doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
83	11	-	7	28	5

V Liberci dne: 22. června 2012

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Jitka BOBKOVÁ
Osobní číslo: P09000590
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele
Název tématu: Vliv hudby na jedince s Parkinsonovou chorobou
Zadávající katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl: Charakterizovat problematiku jedinců s Parkinsonovou chorobou a zjistit projevy ovlivnění těchto jedinců různými druhy hudby.
Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.
Metody: Rozhovor, pozorování.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

BERGER, J., KALITA, Z., ULČ, I. Parkinsonova choroba. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-13-9.

ROTH, J., SEKYROVÁ, M., RŮŽIČKA, E. a kol. Parkinsonova nemoc. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1999. ISBN 80-85800-63-2.

SACKS, O. Musicophilia - příběhy o vlivu hudby na lidský mozek. 1. vyd. Praha: Dybbuk, 2009. ISBN 978-80-86862-92-7.

SCHWARZ, P., S. Parkinsonova nemoc - 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2321-1.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty I. Interná. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1775-3.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: 1. dubna 2011

Termín odevzdání bakalářské práce: 27. dubna 2012



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.

děkan

L.S.



doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

vedoucí katedry

dne 22.04.2011

Čestné prohlášení

Název práce: Vliv hudby na jedince s Parkinsonovou chorobou
Jméno a příjmení autora: Jitka Bobková
Osobní číslo: P09000590

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 22. června 2012

Jitka Bobková

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce doc. PaedDr. PhDr. Iloně Pešatové, Ph.D., která se na práci podílela odborným vedením, cennými radami a připomínkami. Rovněž patří poděkování magistře Jitce Pejřimovské, supervizorovi muzikoterapie, za konstruktivní připomínky, kterými se na předložené bakalářské práci také podílela. V neposlední řadě bych ráda poděkovala celé skupině jedinců s Parkinsonovou chorobou za ochotu a vstřícnost při spolupráci. Dík také patří mé rodině za emoční podporu a trpělivost.

Název bakalářské práce: Vliv hudby na jedince s Parkinsonovou chorobou

Jméno a příjmení autora: Jitka Bobková

Akademický rok pro odevzdání bakalářské práce: 2011/2012

Vedoucí bakalářské práce: doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

Anotace:

Bakalářská práce se zabývala problematikou vlivu hudby na jedince s Parkinsonovou chorobou a vycházela z empirického šetření v dané oblasti, přičemž byl zvolen individuální přístup. Jejím cílem bylo charakterizovat problematiku jedinců s Parkinsonovou chorobou a zjistit, zda hudební aktivity zmírňují příznaky, a to především příznaky motorické, mezi vybranými jedinci trpícími Parkinsonovou nemocí. Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o část teoretickou, která pomocí zpracování a prezentace odborných zdrojů popisovala a objasňovala základní problematiku Parkinsonovy nemoci z oblasti etiologie příznaků, psychosociální problematiky, léčby, vlivu hudby na centrální nervovou soustavu. Na teoretickou část navazovalo pak empirické šetření. Empirická část zjišťovala pomocí metod pozorování a rozhovoru s využitím expresivních technik, jaký vliv má nácvik hudebně pohybové složky na život jedince s Parkinsonovou nemocí. Výsledky během práce ukazovaly, že se nejdříve jako dominující potřeba začaly jevit potřeby psychosociální, dále se klienti jako skupina více soustředili na motorické aktivity a posléze na samostatnost a hudební aktivity pro domácí práci. Pozitivní ovlivnění hudbou se potvrdilo u všech zúčastněných s rozdílem výběru hudebních žánrů. Empirická zjištění vyústila v konkrétní navrhovaná opatření v oblasti psychosociální podpory a doprovázení klientů při provádění jejich hudebních aktivit nejen v rámci skupiny, ale i v jejich domácích hudebních aktivitách. Za největší přínos práce vzhledem k řešené problematice bylo možné považovat inspiraci a otevírání možnosti k další spolupráci a pomoci jedincům s Parkinsonovou chorobou, a tím vést ke zkvalitnění života těchto jedinců. Přínos by bylo možné vidět i ve využití zkušeností v praxi při práci s jedinci s mentálním postižením, kde je hudebních aktivit využíváno s úspěchem nejen při hudební výchově.

Klíčová slova: problematika Parkinsonovy nemoci, příznaky, metody ovlivňování hudbou a projevy ovlivnění hudbou u Parkinsonovy nemoci, hudební reedukace, individuální hudební program, psychosociální podpora

Title of Bachelor Thesis: The Influence of Music on People with Parkinson's Disease

Author: Jitka Bobková

Academic Year of the Bachelor Thesis Submission: 2011/2012

Bachelor Thesis Supervisor: doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

Summary:

This thesis dealt with the influence of music on people with Parkinson's disease and it was based on empirical research by means of the individual approach. It was to characterize the problems of people with Parkinson's disease and to determine whether musical activities could alleviate symptoms, particularly motor symptoms, among a group of selected individuals suffering from Parkinson's disease. The work consisted of two key areas. It was a theoretical part using the processing and presentation of specialized sources to describe and clarify the basic problems of Parkinson's disease in the etiology of symptoms, psychosocial problems, treatment and effect of music on the central nervous system. The theoretical part was followed with an empirical investigation. The effect of physical training with music background was examined by using empirical methods of observation and conversation with the usage of expressive techniques on the life of a man with Parkinson's disease. The results of the work showed that at first psychosocial needs started to appear as dominating ones as well as clients, as a group, focused more on motor activity afterwards and then they focused on independence and musical activities for practising at home. The positive effect of music was confirmed for all participants the only difference was their choice of musical genres. Empirical findings have resulted in concrete measures in the area of psychosocial support and accompaniment of clients to practise their musical activities not only within the group, but also in their home musical activities. An inspiration and opening possibilities for further cooperation and assistance to individuals with Parkinson's disease could be regarded as the greatest contribution of the work due to the issues under consideration. Therefore it could lead to better quality of life of these individuals. The benefits could also be realized in the usage of practical experience in working with mental disability individuals, where musical activities are successfully used not only in music education itself.

Keywords: Problems of Parkinson's disease, symptoms, methods of music influence, influence of music and speech in Parkinson's disease, music re-education, individual music programme, psychosocial support

Obsah

1 ÚVOD.....	9
2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU	10
2.1 Etiologie Parkinsonovy nemoci.....	11
2.2 Příznaky Parkinsonovy nemoci	12
2.3 Léčba Parkinsonovy nemoci, její principy, strategie a komplikace	19
2.4 Rehabilitační léčba Parkinsonovy nemoci.....	22
2.5 Porucha řeči u Parkinsonovy nemoci a její léčba.....	23
2.6 Lázeňská léčba a rekondice u Parkinsonovy nemoci	25
2.7 Vliv hudby na lidský mozek.....	29
2.7.1 Hudba a identita: demence a muzikoterapie.....	32
2.7.2 Kinetická melodie: parkinsonismus a muzikoterapie	34
3 EMPIRICKÁ ČÁST	38
3.1 Cíl empirického šetření.....	38
3.2 Stanovení předpokladů	39
3.2.1 Stanovení dalších průzkumných otázek	39
3.3 Použité průzkumné metody a postupy.....	40
3.4 Popis zkoumaného vzorku.....	43
3.5 Průběh průzkumu.....	44
3.6 Ověření platnosti předpokladů a sumarizace výsledků	77
4 ZÁVĚR A NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ.....	79
5 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	81
7 SEZNAM PŘÍLOH	83

1 ÚVOD

Improvizace v hudbě nám ukazuje, že hudba nemusí mít dokonale propracovanou stavbu, aby dala v našem chaotickém světě vzniknout odpočinku a klidu. Mocný účinek hudby se projevuje v mnoha rovinách neurologických a fyzických reakcí. Školní učebny, nemocnice, domovy jsou využívány jako prostředí, kde se může hudba stát popudem pro dynamické změny v atmosféře emocionální, fyzické a mentální. Je dokázáno, že hudba hraje zásadní roli ve vývoji řeči, tělesného pohybu a vyšší mozkové činnosti. Dobrá hudba se musí umět poslouchat, aby člověk sklidil více blahodárných účinků; ten základní spočívá v samotném potěšení z poslechu. Je uváděno, že Mozartova hudba pravděpodobně ovlivňuje elektrické impulzy v mozku. Campbell (2001, s. 13) říká, že hudba Mozarta na posluchače působí zcela ojedinělým způsobem: vnuká mu pocit řádu a jasnosti, aniž je přespříliš sentimentální nebo citová.

Smutnou skutečností je neschopnost mnoha lidí nejen hudbu tvořit, ale ani soustředěně poslouchat. Hudbu vnímají jako kulisu, která nesmí rušit. Přímě odmítají připustit, že by se mohli vlivem intenzivního vnímání hudby dostat do „blaženého stavu“. Jenže hudba má schopnost léčit a výsledky jsou přesvědčivé. Hudba je reprezentací života, který tu na zemi je a nese informaci. Rozhodně má význam úsilí tuhle léčbu lidem zpřístupnit. Ale nejspíš není možné začít pokynem „teď zpívejte, hudebně vyjádřete jaro či les“. Musí se začít pozvolným zapojováním do aktivity, nejvhodnější je začít vnímáním rytmu a tancem, pak přidat tvorbu rytmů ve skupině, kde každý má svou úlohu, svůj part. Tak se zbaví ostychu být slyšen. Pak přidávat tvorbu harmonie, nejdřív jeden tón, pak vícehlas, čili jeden akord; nahrávky v rytmu lidského srdce; dobrý je rytmus valčíku; když se daří cítit a držet rytmus, přidáváme hlas. Poté harmonii či chorál doplnit cvičením jednoduché melodie ve vícehlasu (Pejřimovská, Zeleiová, 2010, s. 58).

Radostným zjištěním je, že hudba konečně začíná po právu zaujímat ústřední místo ve společnosti, a to nejen jako jedna z forem zábavy, příjemného dynamického umění, ale jako základní živina nutná pro tělesnou pohodu, duševní rozvoj, odstraňování stresu a pro citové vyjádření.

Hudba umí účinně inspirovat, vzdělávat a uzdravovat. Hudba je základním léčebným prostředkem, jenž je na dosah skoro pořád.

Bakalářská práce vychází z projektu Vliv hudby na jedince s Parkinsonovou nemocí pod Katedrou sociálních studií a speciální pedagogiky Technické univerzity v Liberci.

Cílem bakalářské práce je charakterizovat problematiku jedinců s Parkinsonovou chorobou a zjistit projevy ovlivnění těchto jedinců různými druhy hudby. Metodou analýzy knih a srovnáváním se zkušenostmi z rozhovoru a pozorování ze své praxe bych ráda dala nahlédnout do této problematiky.

Tato problematika je mi blízká nejen tím, že už dvanáct let působím jako učitelka ve speciální škole, kde mimo jiné vyučuji hudební výchově a vím, jak pozitivní vliv hudba na jedince s postižením má, ale mám bohužel i pětiletou zkušenost s demencí ve stáří, s péčí o jedince s Alzheimerovou chorobou. Alzheimerova choroba i Parkinsonova nemoc mají společné to, že je řadíme mezi neurodegenerativní onemocnění.

Hudba může působit na každého z nás, uklidnit nás, povzbudit, utěšit, vzrušit, posloužit nám k tomu, abychom se synchronizovali při práci či hře, ale může být zvlášť významná a vykazovat obrovský terapeutický potenciál rovněž pro pacienty s různými neurologickými onemocněními, a takoví lidé někdy nereagují na nic jiného než na hudbu.

2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU

Parkinsonova nemoc, jíž průvodním znakem je třes, zpomalená chůze, problém v plynulosti tempa řeči, artikulaci, je nejčastější progresivní neurologické postižení u starších pacientů. Její výskyt se zvyšuje s věkem, objevuje se z převážné části u mužů a věková hranice se stále snižuje. Literatura uvádí začátek nemoci v šesté dekádě věku, ale odhaduje se, že až u 10 % pacientů s Parkinsonovou nemocí je diagnostikována před 50. rokem života, tuto chorobu mají jedinci už i ve 30 letech. Například Konrád (2009, s. 40) říká, že onemocnění začíná nejčastěji kolem 60. roku věku. Vigue (2006, s. 222) píše, že se nejčastěji objevuje po 40.–50. roce, nejvíce postižených je mezi 60.–80. rokem, postihuje přibližně jednoho nebo dva lidi z tisíce, vyskytuje se jak u žen, tak u mužů a doposud se nezjistily žádné rozdíly mezi rasami ani geografickými oblastmi. Choroba je chronická, degenerativní a nevyléčitelná. Může se vyvíjet pomalu, někdy celá desetiletí. Není-li léčena, vznikají kontraktury. Jakmile se nemoc zjistí, je potřeba začít rehabilitovat.

V teoretické části se seznamujeme s problematikou Parkinsonovy nemoci – etiologie, příznaky, charakteristické potíže v životě jedince s Parkinsonovou nemocí a psychosociální

problematika, životní problémy, léčba, jejich pracovní omezení, stigmatizace, vliv hudby na lidský mozek.

2.1 Etiologie Parkinsonovy nemoci

V současnosti není podstata vzniku Parkinsonovy nemoci (dále jen PN) známa. Ví se již mnohé o mechanismech, které způsobují onemocnění (nedostatek dopaminu v bazálních gangliích), ale spouštěcí moment je nejasný. V odborné literatuře v současnosti převažují tyto představy:

1. exotoxický model (tj. ze zevního prostředí přichází látka či látky jedovaté pro buňky tvořící dopamin v bazálních gangliích),
2. ekotoxický model (tj. v mozku samém se vytváří látka či látky jedovaté pro tytéž buňky),
3. genetický model (dispozice pro nemoc je zabudována v dědičných informacích a přenáší se z generace na generaci) (Roth a kol., 1999, s. 22).

Výzkumná šetření se ve výsledcích shodují v tom, že doposud nebyla zjištěna přesná příčina vzniku PN. Vigue (2006, s. 222) dodává, i když předpokládáme, že má genetický základ.

Zajímavá a pravdivá je i myšlenka Novotného (2009, s. 10), který uvádí, že psychika byla, je a zůstane „šéfem“, jenž harmonizuje celek. Tělo vždycky vyjevuje „šéfovské“ příkazy, ať už jsou dobré nebo špatné. Pro psychosomatiku a psychosomatickou medicínu není dnes už tajemstvím, že většina tělesných bolestí bývá podněcována předchozími psychickými bolestmi.

Doktor Novotný je popularizátorem takzvané psychosomatiky, která nalézá souvislosti mezi zjevováním konkrétních nemocí a konkrétním psychickým nalaďením pacientů. Podněcuje své čtenáře a klienty, aby našli zdroje svých psychických konfliktů, rozluštili příčiny zjevování příznaků nemoci a přijali je jako návody k psychickým korekcím.

Novotný (2009, s. 243) přičítá v současné době příčinu Parkinsonovy nemoci nebezpečné psychické zátěži. I tato nemoc se dnes objevuje již po padesátce. Přičítá se rovněž nedostatku optimismu a pozitivního psychického nalaďení, celoživotnímu psychickému přepínání, přeceňování sil, nedostatečnému nadhledu nad nepodstatnými záležitostmi, neochotě smířit se

s neodvratnostmi atd. Nemoci předchází přehnaná starostlivost, pochybnosti, nevěra v příznivou eliminaci starostí a narůstajících problémů.

Chtěl jsem být někým jiným, než jsem měl být, a právě proto jsem nakonec fatálně selhal, oznamuje klinický obraz Parkinsonovy nemoci (Novotný, 2009, s. 244).

Naše dnešní nemoc nevyjevuje nic jiného než včerejší překročení přírodních zákonitostí (Starověké perské přísloví).

Nemoc popsal, jak uvádí Vigue (2006, s. 222), v roce 1817 britský lékař James Parkinson. V roce 1960 byla objevena biochemická porucha (nedostatek dopaminu), která chorobu vyvolává. V dnešní době je nemoc nadále studována a jsou popisována nová zjištění o tom, co ovlivňuje poškození nebo odumírání nervových buněk produkujících dopamin. Názory autorů se shodují, že dosud se neprokázalo, že by některá léčba vedla k uzdravení či zpomalila tuto chorobu. Léky pouze pomáhají ulevit od příznaků.

2.2 Příznaky Parkinsonovy nemoci

Parkinsonský syndrom = hypertonicko-hypokinetický syndrom. Jak z názvu vyplývá, jsou v popředí dva příznaky: hypertonie a hypokinéza. K těmto příznakům se řadí další, a to tremor. Při PN dochází ke ztrátě buněk v bazálních gangliích, v oblasti mozku, která hraje úlohu v řízení motorické funkce. Buňky zde využívají neurotransmitter zvaný dopamin. Při PN mají buňky v substantia nigra sníženou schopnost vyrábět dopamin (Slezáková a kol., 2007, s. 165).

Podobně k tomu říká Vigué (2006, s. 223), že degeneraci čili odumírání neuronů v systému substantia nigra způsobuje nedostatek produkce dopaminu, v jehož důsledku nervové buňky jednájí bez kontroly, a tím způsobují neschopnost pacientů řídit své pohyby. Studie dokázaly, že pacienti trpící Parkinsonovou chorobou ztrácejí 80 % nebo více buněk, které produkují dopamin v substantia nigra. Příčina tohoto odumírání nebo poškozování buněk není dosud známa.

A jak uvádí Vitek (2007, s. 27), hlavní funkce extrapyramidového systému je regulace svalového napětí a zabezpečení automatických pohybů, koordinace volní hybnosti, především zahájení pohybů. Dále má funkci sekreční (neurotransmitery – dopaminergní a cholinergní). Extrapyramidové poruchy vznikají při poruše rovnováhy mezi dopaminergním a cholinergním systémem.

První obtíže pacientů trpících Parkinsonovou nemocí jsou obvykle *necharakteristické*. Jsou to především bolesti ramen a zad, pocity tíže končetin, pocit ztráty výkonnosti, poruchy spánku, zácpa, tichost a monotónnost hlasu, zhoršení písma, deprese, pocit snížení sexuální výkonnosti atd. Tyto příznaky doprovázejí velmi mnohá onemocnění, a nejsou tedy příliš specifické.

Teprve později, a to o řadu měsíců či dokonce let, se objevují čtyři typické a základní příznaky nemoci: *třes (tremor)*, *svalová ztuhlost (rigidita)*, *celková zpomalenost pohybů (bradykineze)* a *poruchy stoje a chůze*. Kromě těchto základních příznaků se velmi často objevují ještě další obtíže: *poruchy vegetativního nervstva a problémy psychické*.

Během vývoje onemocnění u jedné osoby se může charakter a míra obtíží měnit, a to jak podle účinnosti léčby, tak i podle rozvoje nemoci (Roth a kol., 1999, s. 25).

Výzkumy Koukolíka (1999, s. 69) se shodují v tom, že příznaky PN jsou ovlivňovány jednak běžně užívanou terapií Levodopou, jednak depresí.

Třes (tremor)

Třes bývá klasickým příznakem Parkinsonovy nemoci, snad nejcharakterističtější, nejčastější a i mezi odborníky nejznámější obtíží. Ne každý třes znamená tuto nemoc! Třes je nespecifickým příznakem řady onemocnění. Vigue (2006, s. 223) uvádí k parkinsonismu neboli parkinsonskému syndromu, že je třeba rozlišit mezi primární PN (příčina ani původ nejsou dosud zjištěny) od skupiny poruch, které mají stejné příznaky parkinsonismu, ale jsou sekundárními projevy známých nemocí, jako jsou: nádory mozku, opakované úrazy hlavy, parkinsonismus vyvolaný léky, toxickými látkami, parkinsonismus po encefalitidě (viz pacienti doktora Sackse), parkinsonismus doprovázející jiná neurologická onemocnění jako jsou Wilsonova choroba, Huntingtonova nemoc, Alzheimerova choroba, posttraumatická encefalopatie atd.

„Parkinsonský“ třes má několik základních vlastností:

- objevuje se především na končetinách, hlava je postižena zřídka, obvykle začíná na prstech horních končetin, a to typicky nesymetricky, tj. výrazněji buď pouze vlevo, nebo vpravo (pohyb při počítání peněz),

- postupně se rozšíří vývojem onemocnění i na stejnostrannou dolní končetinu, pak přechází na druhou stranu těla, nemusí být pravidlem (jen třes jedné ruky nerozšířen na jiné části těla),
- frekvence třesu je obvykle malá, třes je převážně klidového charakteru, tj. objevuje se především v situacích, kdy se pacient nehýbe, často je také dobře patrný při chůzi, třes se obvykle zmírní či úplně vymizí, když pacient rukama aktivně pohybuje, např. jí, obléká se, bývá velmi obtížně snášen,
- při statické zátěži, např. při předpažených rukou, se třes zpravidla zmírní, v pokročilejších případech třes obvykle přetrvává i při pohybech a může obtěžovat i při jídle,
- výjimečně lze někdy pozorovat již na počátku onemocnění třes výrazný i při pohybu, ale nejtypičtější je zhoršení v klidu,
- rozrušením, strachem, úzkostí, ale i radostí se obvykle třes zvýrazňuje, naopak mizí ve spánku a poněkud se snižuje duševním uvolněním.

Proč se třes objevuje, není doposud zcela přesně známo. Není to jistě otázka jednoho mechanismu, ale součet mnoha funkčních změn na úrovni bazálních ganglií. Nedostatek dopaminu v bazálních gangliích se projevuje nedostatkem útlumu v těchto strukturách, dopamin má převážně tlumivou roli, převáží zde vliv acetylcholinu, což je jiný, v tomto případě převážně budící, aktivační transmitter, kterého je dostatek. Proto lze k potlačení tohoto typu třesu použít látky působící proti acetylcholinu, celý systém se dostává do menší nerovnováhy (Roth a kol., 1999, s. 25).

Schwarz (2008, s. 66) uvádí, pokud se objeví třes, chvíli počkejte, až ustane, a pokračujte v pohybu. Třes obvykle omezíte tak, že ruce a paže natáhnete před sebe. Jestliže vám třes brání v činnosti rukou, zatlačte postižený loket proti vašemu tělu, abyste stabilizovali nadloktí a poté udělejte žádaný pohyb co nejrychleji. V průběhu empirického šetření jsme se sami přesvědčili, že je toto tvrzení pravdivé.

Svalová ztuhlost (rigidita)

Svalová ztuhlost se projevuje zvýšením normálního svalového napětí, které je potřebné k pohybu a udržení vzpřímeného postoj. Ztuhlý sval klade zvýšený odpor při jakémkoliv

pohybu. Někteří pacienti přirovnávají tento odpor k pohybům v hluboké vodě. I tento příznak začíná často nesymetricky. Pocit bolesti či zvýšeného napětí v zádech nebo v ramenech, ztuhlost vede k přetížení jiných svalových skupin, napadá na jednu končetinu, má pocit přeželeželo krku. Přesný mechanismus vzniku není znám, souvisí však přímo s nedostatkem dopaminu v bazálních gangliích. Nedostatek jeho tlumivého účinku se přenáší na ty části mozku, které jsou zodpovědné za udržování svalového napětí.

Zpomalenost a omezení pohybů (bradykineze, akineze, hypokineze)

Tento příznak je nezávislý na míře svalové ztuhlosti. Projevuje se ztrátou či snížením schopností, především začít pohyb, např. vyrazit ze stoje do chůze, postavit se ze sedu atd. Celá spontánnost pohybů je zpomalená, nevýrazná. Je to patrné i na chudé mimice obličeje, řídkém mrkání, tiché, monotónní řeči, zmenšováním písma apod. Někteří pacienti velmi těžce snášejí náhlé přerušování pohybu (tzv. freezing), situaci, kdy uprostřed pohybu, např. při chůzi, najednou „ztuhnou“ a nejsou chvíli schopni pohybu ani tam, ani zpět, při ulehnutí není schopen dokončit pohyb a položit hlavu na polštář, v noci, ve spánku mají velmi nepříjemné problémy s neschopností přetočit se ze strany na stranu, změnit polohu, potřebují s přetočením pomoci. Celkový hybný projev je často jakoby „ze zpomaleného filmu“, pacient má problémy s oblékáním, vázáním tkaniček, kravaty, čištěním zubů, při jídle. Vzácně může dojít i k prudkému prohloubení zpomalenosti pohybů do naprosté neschopnosti pohybu. Je jasné, že nedostatek dopaminu se projeví nejen v selhání vlastního výkonu pohybu, ale i v jeho plánu, v přípravě, v představě, jak bude pohyb vypadat (Roth a kol., 1999, s. 28).

Schwarz (2008, s. 67) dále uvádí, objeví-li se náhlá ztuhlost, řiďte se těmito radami:

- *nezkoušejte udělat ani krok,*
- *paty přitiskněte k zemi,*
- *postavte se do vzpřímené pozice, nenaklánějte se dozadu ani dopředu,*
- *jemně se kolíbejte do stran,*
- *chvíli pochodujte na místě,*
- *pochvíli opatrně zkuste udělat pár kroků vpřed, ale našlapujte nejdříve na paty,*
- *během chůze si srovnejte tělo, držte chodidla asi 20 centimetrů od sebe.*

Ztuhnete-li během chůze, můžete vyzkoušet následující tipy:

- *velice opatrně nakročte vzad nebo stranou,*

- *napočítejte do desíti nebo po dvou do dvaceti a myslete na to, že s vyslovením posledního čísla vykročíte,*
- *požádejte svého blízkého, aby se s vámi pohupoval dopředu a dozadu, a tím vás rozpohyboval,*
- *zkuste místo chůze tanec, také pískáním nebo zpěvem můžete ztuhlost přemoci,*
- *soustředění se na paprsek světla z baterky či laseru může ztuhlost prolomit,*
- *zkuste střídavě zvedat špičky nohou,*
- *požádejte někoho, aby položil na podlahu kousky papírového kapesníku nebo papíru, které by vám posloužily jako jakési odrazové můstky, snáze tak prolomíte ztuhlost.*

Nemůžete-li udělat krok vpřed, zkuste malý krůček vzad, pak se zhoupněte dopředu a vykročte. Pokud se nemůžete otočit doleva, udělejte malý krůček doprava, zhoupněte se na levou nohu a jděte.

Jestliže nemocný zůstane pevně ztuhlý, postavte se k němu čelem a uchopte jej za ruce. Jemně střídavě kývejte rukama nahoru a dolů. O pravdivosti těchto rad jsme se také přesvědčili při jednom z hudebních setkání (viz níže).

Porucha stoje a chůze

Tyto poruchy jsou příznaky velmi často doprovázející Parkinsonovu nemoc a patří k příznakům nejvíce komplikujícím život pacientů. Charakteristické je především *sehnuté držení trupu, šlje a pokrčení končetin*. U pacientů s pokročilejší nemocí je typická chůze o drobných, šouravých krůčcích s nejistými, pomalými otočkami, kdy často dochází k poruše rovnováhy. K náhlým zárazům pohybu (zmrznutí) může dojít před překážkou, v zúženém prostoru (při průchodu dveřmi), ale i bez zjevného důvodu. Zajímavé je, že chůze po schodech, nahoru i dolů, obvykle nečiní tolik obtíží jako chůze po rovině. Mnoho pacientů popisuje, že při chůzi či ve stoji, zvláště v předklonu, mají pocit náhlého tahu dopředu či dozadu, který vychyluje těžiště těla. Tah je natolik silný, že pacient může ztratit rovnováhu, není schopen výhytku vyrovnat a může upadnout. Tento příznak se v odborné literatuře nazývá *pulze* (Roth a kol., 1999, s. 29).

Jinými příznaky jsou:

- typický je tzv. *maskovitý obličej*, tj. nedostatečné vyjadřování pocitů ve výrazu tváře, mimické svalstvo dobře nefunguje a výsledkem je nepřítomný, stále stejný výraz obličeje, působící dojem smutku a nedostatečného reagování na okolní svět,

- *porucha řeči* se vyskytuje u většiny pacientů, je to především ztišení hlasu, nedostatečná melodičnost a sklon k šeptání, rychlost řeči může být zpomalena, ale i velmi zrychlená, což vede k naprosté nesrozumitelnosti, občas náhlý záraz toku řeči či opakování posledních slov či vět,
- *porucha písma* je typická pro nemoc, zmenšování písma už od prvních písmen v textu, někdy až ke konci řádky (komplikace při podpisu nebo podpisového vzoru v bankách),
- onemocnění v mladším věku – mohou se objevit mimovolní stahy a kroucení rukou či nohou,
- při usínání se u některých osob může objevit neklid dolních končetin, nutící do pohybu a chůze, tzv. *akatizie*, v noci prudký záškub celým tělem či mimovolní pohyby dolními končetinami, prudký pohybový neklid, rozhazuje prudce končetinami, hrozí až zranění partnera,
- *poruchy vegetativního nervstva* – především výrazný sklon k *zácpě* (léky se mnohdy ještě zhoršuje), *poruchy spánku* (neschopnost usnout, vydržet spát dostatečnou dobu), sklon k náhlým *poklesům krevního tlaku*, může vést až k pádu a omdlení, obzvlášť při změnách poloh a hlavy, *nadměrná tvorba mazu kůže*, hlavně na obličeji, *zvýšená tvorba slin a zvýšené pocení*, tj. projevy poruchy nervů zásobujících potní, slinné a mazové žlázy, u některých jsou *obtíže s močením* a problémy *sexuální nedostačivosti*,
- *psychické problémy* – velmi časté, a to již v časných fázích onemocnění, především *deprese*, tj. pocity nepřiměřeného smutku či zoufalství, kvalitativně odlišné od běžných pocitů zármutku, mohou se projevovat i celkovou skleslostí, únavovými příznaky, poruchou spánku a příjmu potravy a mnoha dalšími příznaky, které může rozpoznat jen lékař; u mnoha pacientů, kteří se cítí být nemocí výrazně omezeni, je rozvoj deprese vlastně reakcí na toto omezení (*reaktivní deprese* – závisle na zevních problémech); deprese nemusí být závislá na stupni postižení, zřejmě ji vyvolává poškození transmitterové a receptorové rovnováhy, která je, jak již bylo řečeno, u PN spouštěcím mechanismem celého onemocnění (*endogenní deprese* – nezávisle na

zevních problémech), *deprese je léčitelná, a je nutno ji léčit*, život v těžké depresi je jedním z nejhorších utrpení, které člověk zná,

- pouze malá část pacientů trpí úbytkem rozumových schopností, intelektu; v pokročilém stádiu nemoci mohou někteří pacienti působit dojem duševní nedostatečnosti – pomalá, monotónní řeč, někdy až obtížně srozumitelná, chudost pohybů, zpomalené reakce, maskovitý obličej bez mimiky, bez projevů emocí, nicméně bývá schopen normální rozumové úvahy, touhy, naděje, prožívání citových vztahů, má reálný náhled na svou osobu i na činy okolí; pokud se projeví výraznější úbytek intelektových funkcí, je jeho schopnost nadále pracovat, pečovat o sebe zhoršena či téměř znemožněna,
- některé speciální funkce mohou být však omezeny – porucha orientace v prostoru (může bloudit, hůře se adaptuje na nové prostředí) nebo porucha paměti (typické je, že zážitky z mládí a doby léta předcházející nemoc si pamatuje dobře, ale selhává v krátkodobé paměti) (Roth a kol., 1999, s. 30).

Hybné projevy – komplikace

Důvod jejich vzniku není dosud přesně objasněn, zřejmě vlivem mnohaletého užívání léků dochází ke změnám na úrovni receptorů, které nefungují, jak by měly, a vedou k nežádoucím projevům, nejčastěji dochází ke *zkracování doby účinku* jednotlivé dávky L-DOPA, náhlé *výkyvy hybnosti* se objevují i v době, *kdy by měl být lék účinný* – pacient ztuhne nebo se roztřepe, ale *i na vrcholu účinku* L-DOPA či i jiných léků *může dojít k mimovolním pohybům*: házení, kroucení či škubání končetin, šíje i trupu, občas se tyto problémy vyskytují např. i brzy po spolknutí léku či na konci jeho účinku; „On-off“ je charakteristický jev u některých, avšak zdaleka ne u všech, lidí s pokročilou Parkinsonovou chorobou, nejlépe můžeme tento jev popsat jako nepředvídatelnou změnu z dobré hybnosti, tzv. „On-off“ fáze, ke změně „on-off“ může dojít velmi rychle, jsou to nepředvídatelná kolísání v účinku léků a „on-off“ stavy mohou trvat až několik hodin, příčina těchto náhlých stavů ztráty hybnosti zatím není známa, objevují se jako nežádoucí účinek při dlouhodobé léčbě právě levodopou.

Psychické projevy – komplikace

Ani zde není původ vzniku příznaků plně objasněn, je však jednoznačné, že se objevují až po dlouholetém užívání léků proti PN, objevují se *barevné, tíživé sny*, při probuzení *vidiny*,

nejčastěji jde o postavu jiné osoby v bytě, pocit jiné osoby stojící za zády, ale může vidět i zvířata, jiné typy vidin než zrakové jsou poměrně vzácné; zpočátku si je vědom nereálnosti celé situace, náhled se může brzy ztratit; *je nutno zdůraznit*: jde o chemickou reakci léku v mozku pacienta, nejde o skutečné duševní onemocnění, ale o komplikaci základní léčby, stav může přejít do stavu těžké zmatenosti či se objeví bludy, tyto závažné stavy je nutno okamžitě léčit; mnohé z problémů, které PN přináší, nemocní velmi špatně snášejí a často zdůrazňují jejich nesnesitelnost; ne všechny problémy jsou na pacientovi zjevné na první pohled a mnozí rodinní příslušníci je bagatelizují nebo s omezeními, která z nich vyplývají, nemají dostatečnou trpělivost (Roth a kol., 1999, s. 32).

2.3 Léčba nemoci, její principy, strategie a komplikace

Léčení PN patří mezi ty nejsložitější, ale také nejnadějnější úkoly soudobé medicíny. PN nelze vyléčit, je však možno dlouhodobě a účinně potlačovat její příznaky. Léčba PN zdaleka neznamena pouze užívání léků, nedílnou součástí léčebné péče jsou režimová opatření, rehabilitace, cvičení a pohybová reedukace. Cílem těchto postupů je aktivní potlačování těch příznaků, jež mohou být překonány, úpravy režimu a tvorba náhradních stereotypů pro ty funkce, jež se navzdory léčbě nepodaří plně obnovit. Své místo má i léčba neurochirurgická, která může pomoci v určitých případech, kde jsou ostatní postupy málo účinné.

Pro každého nemocného je nesmírně důležité vytvořit si vhodný vlastní postoj k onemocnění a k jeho léčbě. Pacient nesmí pasivně spoléhat pouze na pomoc lékařů a užívání léků. *Velmi důležitá je vlastní vůle k pravidelnému pohybu, cvičení, k aktivnímu překonávání obtíží, hledání náhradních způsobů řešení při zdravotních komplikacích života.*

Neobyčejně důležitým předpokladem úspěšného boje pacienta s jeho nemocí je podpora, které se mu dostává od jeho rodiny a blízkých, kteří svým chápavým a poučeným postojem mohou nemocnému velmi usnadnit překonávání nejrůznějších problémů a překážek spojených s nemocí. Okolí by mělo vyhledávat příležitosti k zapojení pacienta do rodinných a společenských událostí, ačkoliv při nich bude hrát třeba zdánlivě pasivní úlohu.

Zatímco obecný postoj společnosti ke starším a chronicky nemocným občanům zdaleka není na žádoucí úrovni, stále významněji se projevují občanské aktivity zaměřující se na podporu nemocných. Jednou z nich je společnost Parkinson, občanská humanitární organizace sdružující nemocné s PN, jejich rodinné příslušníky, zdravotníky a všechny příznivce, s cílem

podporovat zdravotní, sociální a osvětové programy ve prospěch spoluobčanů postižených PN.

Při léčbě PN je nutno podávání léků kombinovat s dalšími postupy, zejména s rehabilitací a cvičením. Nezbytná je podpora rodiny a společnosti, ale také vlastní aktivní postoj nemocného. Nemocný by měl být informován o podstatě a možnostech léčby své nemoci. Každý pacient s PN má být léčen odborným lékařem obeznámeným s touto problematikou (Roth a kol., 1999, s. 35).

Farmakologická léčba PN

Dle jejich účinků je lze rozdělit takto:

1. Léky tlumící základní příznaky nemoci (levodopa, anticholinergika, agonisté dopaminu).
2. Léky s předpokládanými neuroprotektivními účinky (chrání nervové buňky před poškozením, zpomalují rozvoj Parkinsonovy nemoci).
3. Léky ovlivňující vedlejší příznaky a komplikace Parkinsonovy nemoci (domperidon, hypnotika, antidepresiva).

Levodopa se stala základním lékem PN, a přes další vývoj našeho poznání o mechanismech onemocnění její klíčová úloha v léčbě trvá i nadále. Podkladem PN je nedostatek dopaminu (viz výše), jedné z látek přenášejících nervové vzruchy v mozku. Při nedostatku dopaminu v mozku pacientů s PN vzniká typická porucha hybnosti. Je to podobné, jako se nemocným s cukrovkou podává inzulín. Léčit PN přímo dopaminem však nelze z několika důvodů, a především proto, že dopamin by sám dobře nepronikal z krevního řečiště do mozku, navíc velmi účinně působí přímo v krevním oběhu a u nemocných s PN by však tyto oběhové účinky byly nežádoucí. Proto vznikla myšlenka využít v léčbě látku s chemickým názvem levodopa, zkratka L-DOPA. Levodopa je přirozená látka, z níž běžně v těle člověka a dalších živočichů jednoduchou přeměnou vzniká dopamin. Levodopa zejména potlačuje základní příznaky onemocnění, tj. zpomalenost a omezení pohybů (bradykinezi), svalovou ztuhlost (rigiditu) a třes (tremor), i když ovlivnění třesu není vždy dokonalé. Je obecně bezpečný a dobře snášený lék, pokud se podává doporučeným způsobem. *Při glaukomu je podávání levodopy striktně zakázáno.* Zpočátku většinou léčbu pacienti nesnášejí, ale v naprosté většině případů se dá nežádoucím účinkům zabránit úpravou medikace a kombinací levodopy

s různými dalšími léky. Vedlejší účinky jsou pro někoho natolik silné a nepříjemné, že se zbavují možnosti efektivní léčby pro „nesnášenlivost“ či dokonce pro domnělou „neúčinnost“ levodopy (Růžička a kol., 1999, s. 38).

Jak uvádí Koukolík (1999, s. 69), typické pro dlouhodobější léčbu Levodopou jsou „zapínací a vypínací“ příznaky (on/of). V zapínací fázi, kdy je vliv léčby největší, jsou pacienti nepozorní a mají hyperkineze. Ve fázi vypínací, kdy je vliv nejmenší, bývají pacienti akinetičtí, motoricky i kognitivně zpomalení, mívají setřenou řeč a jsou úzkostní. Tuto nepředvídatelnou změnu podobně popisuje doktor Roth (viz výše).

Pro zdar léčby může učinit sám nemocný:

- dodržovat pravidelné dávkování léčby dle časového rozpisu,
- sledovat svůj stav, informovat lékaře o eventuálním kolísání účinnosti léků,
- Levodopu užívat dle možnosti nalačno (hodinu po jídle nebo $\frac{3}{4}$ hodiny před), při požití současně s bílkovinnou potravou, účinek může být slabý nebo dokonce nulový (Růžička a kol., 1999, s. 41).

Vigué (2006, s. 226) přidává další podpůrnou léčbu jako vodoléčbu dvakrát až pětkrát týdně; podpůrné stravovací návyky jako pití džusu každý den – z mrkve, špenátu, řepy, česneku a okurky, jíst syrovou zeleninu a ovoce, ve výživě by mělo být obsaženo 75 % čerstvých potravin, také obiloviny, ořšky, mandle, ryby, dýně, sezam, čočka atd. Z přírodních léků gingo bilobu, která pomáhá obnovit paměť a funkce mozku; pokud byla nařízena léčba pomocí L-dopy, doporučuje ji kombinovat s mučenkou, která umocní pozitivní účinky proti třesu (malá lžička tinktury z mučenky třikrát denně). Vitamin C je prospěšný proti ojedinělým vedlejším účinkům L-dopy, dlouhodobé užívání vitaminu E pomáhá zpomalit Parkinsonovu chorobu.

Neurochirurgická léčba PN

Neurochirurgická léčba má své nepochybné místo v léčbě Parkinsonovy nemoci – jako speciální postup u vybraných nemocných, u nichž je účinek medikamentózní léčby nedostatečný, a u nichž, se zřetelem k charakteru jejich postižení, chirurgické řešení (jako je hluboká mozková stimulace – DBS) skýtá naději na dlouhodobou úlevu. Rozhodnutí o indikaci léčby by mělo být úkolem specializovaných center pro diagnostiku a léčbu

extrapyramidových poruch, kde úzce spolupracují neurolog a neurochirurg s ostatními specialisty v zájmu co nejlepší komplexní péče o nemocné (Růžicka a kol., 1999, s. 54).

2.4 Rehabilitační léčba Parkinsonovy nemoci

Pravidelná pohybová léčba u nemocných trpících PN je stejně důležitá jako pravidelné podávání léků. Každý pacient si musí důkladně promyslet, které obtíže jej nejvíce sužují a které cviky nebo rady pomohou tyto obtíže odstranit nebo alespoň zmírnit.

Příznaky, které se v různé míře podílejí na omezení pohybu, jak už víme, jsou:

1. Svalová ztuhlost (postihující svaly trupu, končetin i obličeje).
2. Zpomalenost pohybů (obzvláště při počátku pohybu a při provádění složitějších pohybových úkonů, kdy navíc brzy nastupuje i únava).
3. Třes (objevuje se charakteristicky v klidu, postihuje převážně prsty a zápěstí horních končetin).

Tyto příznaky se navzájem kombinují a během dne se mohou ve své intenzitě měnit, často některý z nich převažuje. Podle aktuálního stavu pacienta se přizpůsobuje i cvičení.

Jsou to *cvičení v období neschopnosti započít pohyb* – bývá to zejména v noci, kdy chcete změnit polohu na lůžku nebo vstát a např. jít na WC; *otáčení na bok; sed na lůžku, vstávání z lůžka; vstávání ze židle bez opěradla; vstávání ze židle s opěradlem nebo s opřením o stůl; zpomalení nebo zastavení při chůzi* – v případě, že se chůze zpomaluje a nohy dělají malé krůčky, hmotnost těla je přenesena na špičky, paty jsou zvednuty, nutno zastavit – hrozí pád!; *zpomalení nebo zastavení pohybu při denních činnostech, ranní cvičení* – s pohybovou léčbou je potřeba začínat již po probuzení na lůžku v lehu na zádech a rázně k tomu počítat raz-dva, raz-dva, ideální je pustit si rytmickou hudbu, nutno si vše připravit již večer; *cvičení během dne* – nejlépe je cvičit v době, kdy léky působí uvolnění a je možnost se pohybovat snadněji než v jinou dobu, v uvolnění se procítí cvik daleko více, provede se ve větším rozsahu a tak se uvolní všechny klouby; *úkony vhodné před cvičením* – hluboce dýchat a přitom vdechovat výpary ze sklenice s nevyčpělým octem, aby stimuloval, nádech nosem, výdech ústy, poté se lépe mluví a mimické svalstvo je volnější; vhodná je masáž šíjových svalů druhou osobou k odstranění pocitu ztuhlé šíje a bolesti hlavy, k uvolnění pomáhá také kartáčování ne příliš tvrdým štětinovým kartáčem krouživými pohyby, hlavně v oblasti hrudníku; *cvičební*

jednotka během dne – cvičení vsedě na židli před zrcadlem – otvírat (hodně vykult) a zavírat vší silou oči, pohybovat očima nahoru dolů, doprava doleva, zhluboka nádech nosem, výdech co nejdále, hlasitě vyslovovat střídavě ú-é, ú-é....ú-iks, ú-iks..., hlasitě počítat jedna, dva, tři..., hlasitě vyslovovat ha, ha, ha, cha, cha, cha v různých tóninách, zhluboka nadechnout a dlouze syčet ssssss..., hlasitě např. slabikovat své jméno; cvičení hlavy a krční páteře – zaklonit hlavu s pohledem na strop, sklonit hlavu s pohledem na zem, otáčení a úklony hlavy vpravo vlevo, zvedání ramen k uším a silou spustit dolů; cvičení trupu, horních a dolních končetin – cviky provádět švihem a s důrazem na pohyb od těla, na židli s opěradlem, bez opěradla ti zdatnější; cviky ve stoji u náradí, cviky v prostoru; cviky s využitím náčiní; chůze po rovině – příprava na chůzi po ulici, nejdříve ve větším volném prostoru s dlouhými kroky a koleny hodně vysoko, počítat do kroku, přidat pochodovou hudbu, nejsou-li potíže ve volném prostoru, pokračovat v užším, např. procházet dveřmi, překračovat překážky; chůze po schodech; nácvik denních činností a psaní – při obtížích v činnostech provádět uvolňovací cviky – pomáhají švihové pohyby horními končetinami, vytřesení dlaní nebo sevření rukou v pěst s následným natažením prstů, psaní zkoušet nejdříve tlustou tužkou na velkém papíru, zprvu kreslit čáry, kroužky, vlnovky, poté zkoušet velká písmena a nakonec normální písmo, eventuálním neúspěchem se nedat odradit a zkoušet trpělivě znovu; rada rodině – nikdy na své příbuzné s PN nespěchat, nehubovat je, když něco pokazí nebo rozbijí, svým pochopením jim pomůžeme víc, než když za ně budeme některé úkony dělat sami, můžeme jim při cvičení předcvičovat, to však znamená důkladně se seznámit se sestavou cviků, pak předcvičovat zrcadlově a s hlasitým vedením (Sekyrová a kol., 1999, s. 91).

Jiráček (1999, s. 152) se Sekyrovou se shoduje v tom, že kromě biologické terapie je nutno používat terapie nebiologické. Ta zahrnuje především psychoterapii, socioterapii, rehabilitaci. Dokazuje hlavně využití metody aktivizace, arteterapie, muzikoterapie (např. za použití Orffových nástrojů), za přínosný považuje též pasivní poslech hudby.

2.5 Porucha řeči u Parkinsonovy nemoci a její léčba

V počátcích onemocnění se objevují první potíže s řečí a psaním, první příznaky pozorujeme na obličeji a na prstech horní končetiny. Mohou být různě rozloženy, mít různou intenzitu a mohou mít různé podoby. Třes, svalová ztuhlost, chudé a pomalé pohyby ovlivňují řeč, mimiku a psaní.

Třes v obličeji je vzácný příznak, objevuje se na rtech, na jazyku, na dolní čelisti, ale častým a typickým příznakem je třes na horní končetině, který omezuje a pocítujeme ho nejvíce. Vytrácí se jistota při vykonávání běžných činností, při postižení pravé horní končetiny nastávají největší problémy – potíže a nejistota při psaní, což omezuje možnosti společenského uplatnění, zejména pak pracovního.

Svalová ztuhlost v obličeji je častý a typický příznak, postihuje mimické svaly – svaly obličeje, zejména pak kruhový sval ústní, dále svaly jazyka, čelisti, měkkého patra, hltanu. *Ztuhnutí svalů obličeje, úst a hltanu způsobuje* řečové potíže – řeč je tichá, monotónní, chybí mimika obličeje, artikulace bývá setřelá až nesrozumitelná. Vyskytují se potíže s příjmem potravy – zejména polykací obtíže, může docházet i ke zvýšenému slinění, v těžších případech až k vytékání slin z úst. Při každém pohybu horní končetiny musí pacient překonat ztuhnutí svalů, pohyby bývají namáhavé a pomalé. Postupně se vytrácí rychlost, rozsah a síla pohybu.

Pohyby se stávají chudými a pomalými, v obličeji *mizí mimika obličeje*, dochází k porušení koordinace svalových skupin podílejících se na řeči, což je způsobeno vadnou funkcí nervových, řídicích systémů, nebo vymizením pohybových impulsů. Mizí osobitý výraz osobnosti, postupně mizí pohybový mluvní stereotyp. V horní končetině – pomalé a chudé pohyby, písmo se v průběhu psaní zmenšuje, je neurovnané, kostrbaté až nečitelné.

Tyto tři hlavní skupiny příznaků se vzájemně kombinují a prolínají., proto musíme zvlášť pozorně volit prvky cvičení, aby výsledky byly co nejlepší a dobrý stav pacientových schopností a možností byl co nejdéle zachován. Velmi důležité je začít s cvičením co nejdříve, mít na zřeteli celkový stav pacienta, psychickou i fyzickou kondici, věk a chuť do cvičení. K řečovému cvičení postačí zrcadlo a židle, k nácviku psaní budeme potřebovat volnou stěnu, balicí papír, měkkou tužku nebo fix pro nácvik na velké ploše, papír a tužku k psaní u stolu, popř. psací stroj (počítač nevhodný pro velkou citlivost klávesnice). Je dobré cvičit alespoň dvakrát denně, velmi vhodné je kombinovat domácí cvičení s návštěvami rehabilitačního pracoviště k povzbuzení a načerpání nového elánu.

Zaměříme se na části podílející se na tvorbě hlasu a řeči a ty, které umožňují hrubé i jemné motorické pohyby paže, zápěstí a prstů.

Tedy se zaměříme na *cvičení dechová, artikulační, cvičení ke zlepšení koordinace a pohybových schopností svalových skupin podílejících se na řeči*, a k *cvičením nácviku psaní*. Mezi praktická cvičení řadíme cvičení mimiky obličeje, dechové cviky provádíme kdykoli během dne, jsou vhodné pro procvičování dechové a mluvní koordinace, cvičení motoriky mluvidel – cvičení pohyblivosti rtů, cvičení pohyblivosti čelisti, cvičení pohyblivosti jazyka, cvičení pohyblivosti měkkého patra, artikulační – řečová cvičení – cvičení samohlásek, cvičení souhlásek (slabikování, cvičení hlasitého čtení – kniha, noviny, cvičení spontánní mluvy – vyprávění, řečnická cvičení), které se tvoří v češtině na pěti artikulačních místech, cvičení opět provádíme důkladně, důrazně, rytmicky, grafomotorická cvičení – cvičení umožňuje zachovat naučenou schopnost dorozumívat se psanou řečí (Ristovská a kol., s. 86).

Cvičení provádíme ve třech rovinách:

1. cvičíme ve stoji – cvičíme „naprázdno“
2. cvičíme ve stoji u velké plochy papíru (archu balicího papíru připevněného na stěně)
3. cvičíme u stolu

Praktický návod ke cvičení:

Stejně cviky provádíme ve třech rovinách:

1. horní oblouk – při cvičení „naprázdno“, a u papíru na stěně cvičit s téměř napjatou paží
2. dolní oblouk
3. kruh
4. vlnovka
5. ležatá osmička

U stolu, před vlastním cvičením a psaním, popř. opisováním, uvolníme končetinu tak, že položíme papír na stůl, na papír položíme dlaň a jezdíme papírem po ploše stolu (Ristovská a kol., 1999, s. 91).

2.6 Lázeňská léčba a rekondice u Parkinsonovy nemoci

PN je chronické onemocnění, které je stávající léčbou léčitelné, ale není vyléčitelné. To znamená, že s omezeními plynoucími z příznaků choroby se pacienti potýkají po celou dobu, kterou prožívají se svou nemocí.

Základem terapie choroby je farmakologická léčba (viz výše), tedy podávání léků, které zmírňují příznaky onemocnění. V poslední době vstupují do popředí i chirurgické metody. Nedílnou součástí léčby je rehabilitace a v tomto ohledu hraje velkou roli Společnost Parkinson, o. s. (jak je již zmíněno výše) tím, že organizuje pravidelná cvičení, rekondiční pobyty apod.

Společnost Parkinson, o. s.:

- založena byla v roce 1994 z iniciativy lékařů Neurologické kliniky VFN Praha a Ing. Dvořáka, který se stal prvním předsedou Společnosti,
- posláním a cílem společnosti Parkinson, o. s., je pomáhat lidem postiženým Parkinsonovou nemocí, zlepšovat jejich životní podmínky, učit je žít s touto, i přes intenzivní léčbu, progredující nemocí a bojovat s ní,
- jejími členy jsou nemocní PN, jejich příbuzní, lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeuti a sympatizující občané,
- členství ve Společnosti Parkinson, o. s., je dobrovolné a bezplatné,
- pozornost je věnována spolupráci s odbornými lékaři-neurology, psychology, fyzioterapeuty, logopedy, právníky apod.,
- Společnost zřizuje a provozuje kluby, ve kterých jsou upřednostňovány volnočasové aktivity (cvičení, logopedie apod.),
- pořádá rekondiční pobyty, zajišťuje přednáškové, kulturní, společenské a sportovní akce,
- v oblasti sociálních služeb Společnost otevřela dva denní stacionáře, první ve spolupráci s Magistrátem hl. m. Prahy v Brunelově ul. 14, Praha 4-Libuš a druhý ve spolupráci se společností Betania nedaleko Brna,
- vydává časopis Parkinson, vlastní tiskoviny, prospekty a publikace,
- společnost Parkinson je také členem Evropské asociace společností pro Parkinsonovu nemoc (EPDA), která sdružuje více než 29 společností z různých evropských zemí, delegát naší společnosti v EPDA se na její činnosti aktivně podílí (Dvořák, 1999, s. 120).

Při této příležitosti bychom mohli doporučit k přečtení brožuru s názvem Život s Parkinsonovou nemocí, kterou EPDA vydala, v přetisku s přílohami, v roce 2011, a která je svou srozumitelnou formou přijatelná i laické veřejnosti.

Komplexní lázeňskou léčbu (tedy plně hrazenou zdravotní pojišťovnou) lze poskytnout pouze jedenkrát. Je nutné doporučení neurologa, vlastní návrh pojišťovně pak napíše obvodní lékař. Lázeňský pobyt se pak uskuteční do tří měsíců od vystavení návrhu. Další pobyt je možné uskutečnit jako příspěvkový, to znamená, že si pacient musí část pobytu hradit (hlavně ubytování a další hotelové služby). Z odborného hlediska je lázeňská léčba indikována v časném a středně pokročilém stádiu nemoci, pacienti ve velmi pokročilém stádiu, špatně pohybliví, již lázeňskou léčbu podstoupit nemohou. Rovněž pacientům s psychickými komplikacemi, jako jsou halucinace nebo poruchy paměti, pobyt v lázních užitek nepřinese a naopak jim přinese jen problémy (desorientace apod.). Náplň lázeňského pobytu stanoví individuálně lázeňský lékař při první prohlídce. Tělesná výchova tvoří jeden z pilířů lázeňského pobytu, většinou se jedná o skupinová cvičení, pod vedením školeného rehabilitačního pracovníka. Řadu cvičebních úkonů znají pacienti ze svých pravidelných cvičení, která mohou být doplněna hudbou, kolektivními hrami apod. Pacienti s těžším postižením hybným nebo s přidruženými onemocněními (klouby, páteř) však vyžadují individuální přístup a cvičí samostatně s rehabilitačním pracovníkem.

Balneoterapie je specifická pro lázeňské pobyty. Oblíbené je cvičení v bazénu, kde voda nadnáší, perličkové koupele nebo uhličitě koupele, které snižují ztuhlost svalů a celkově uvolňují, celková vířivá koupel, ta také uvolňuje svalové napětí i pomáhá od bolestí kloubních či bolestí zad. Řada nemocných si pochvaluje i masáže, vhodné jsou tepelné masáže – aplikace parafínu nebo soluxu uvolňuje zatuhlé svaly. Lokální masáže či celkové pak také snižují svalové napětí, ulevují od bolestí zad a také zlepšují krevní oběh.

Lázeňský pobyt však nezlepšuje jen fyzickou, ale i psychickou kondici. Pacienti mají možnost se vzájemně setkávat, konzultovat své problémy, navazovat nové kontakty a přátelství. Samozřejmou součástí programu během pobytu jsou kulturní a společenské akce – koncerty, představení umělců, zábavy. A konečně řada pacientů využije pobyt k poznání okolí formou procházek, které by však neměly být vyčerpávající a nemají rušit léčebný program.

Velmi dobrou pověst mají Lázně Klimkovice, jedná se o lázeňský areál v severomoravském kraji, je velmi dobře vybavený a moderní. Velmi oblíben je i u dalších neurologických

pacientů, například sem rádi jezdí nemocní s roztroušenou sklerózou. Pobyt trvá obvykle mezi 3 až 4 týdny. Dalšími možnými cíli pacientů s PN jsou Jánské Lázně, Vráž, Dubí a další.

Lázeňský pobyt lze tedy jen doporučit a z mého pohledu by jej měl zažít každý pacient, alespoň jedenkrát, což nyní zdravotní pojišťovna umožňuje (Dostál, 2011, s. 7).

Rekondice – nejde o zařízení léčebné, pobyty nemají ani nemohou nahradit lázně. Místo pobytu nemívá kompletní léčebné vybavení, pobyt nebývá zaštitěn stálým lékařem ani stálým zdravotním personálem.

Odbývá se v zařízeních finančně dostupných pro nemocné, kteří jsou povětšinou závislí na důchodech. Menší část nákladů dosud kryly ministerské dotace. Teoreticky ideální čtrnáctidenní délka pobytu se postupně z různých důvodů zkrátila na cca 10 až 7 dnů.

O nemocné pečují fyzioterapeuti, logoped, psycholog. Důležité je, jak dokáží zaujmout a zapojit do programu nemocné a současně zajistit velké množství nesourodých požadavků odborných i osobních.

Pochopitelně nezanedbatelně ovlivní celou akci prostředí – hotel, kvalita ubytování, vhodnost a využitelnost vnitřních prostor i okolí a také kvalita stravy. A co je nejdůležitější, přístup a chování zaměstnanců. Průběh rekondic nepochybně poznamená i skladba nemocných. Rekondice jsou škola, která má ukázat, jak žijí s PN ostatní. Do té doby poznáváte nemoc jen na sobě, na chvíli zahlédnete někoho v čekárně u specialisty. A zde je jich najednou kolem vás nespočet. Potkáváte se na chodbách, u stolu, při cvičení. Jeden zamrzne mezi dveřmi, další poklusem kličkuje. S hrůzou sledujete, jestli se soused trefoří lžící do úst, sledujete trpělivé manželky, výjimečně v roli opatrovníka muže. Učíte se od rána do noci, jak žít i jak bojovat.

Aby mohl celý program fungovat, je zapotřebí určitá kázeň všech, od nástupů na ranní rozcvičky, do jídelny, na cvičení či logopedii. Tato část je povinná. Dobrovolné jsou soutěže, podvečerní relaxačně-meditační chvilky, společné zpěvy při kytáře, let čarodějnic a další mnohdy ztřeštěné nápady. Zde někteří dokáží s humorem přehnat svůj problém do karikatury.

Jet na rekondice znamená osvobodit se na chvíli od denních starostí, oželeť svůj internet nebo televizní seriály. Přinutit každý sám, své poslušnost odmítající tělo, a přidat se s dobrou náladou mezi ostatní. Na rekondicích se učíte od jiných a na oplátku učíte vy je (Čapková, 2011, s. 13).

Zmíním jen některá slova jednoho z pacientů, která hovoří za vše. „Do života se mi vkradl pan „Parki“, jak ho většina nazvala. „V mých očích a duši mi doktorka Bártová dala sílu a směr – nejste sám. Našel jsem v sobě odhodlání a sílu, jak to co nejvíce „Parkimu“ znepríjemnit. Cesta je to ale velmi trnitá a plná úskalí. Složil jsem báseň, která vystihuje mé pocity. Zřejmě máme svůj svět, ale necítím se sám. Nejde mi vše, jak bych chtěl, ale dá se to snášet, a i přes tento handicap s tím žít.“

Dilema

Co dal-vzal, o co nás okradl.

V co člověk doufá!

Co si přát? Když je vše tak daleké-či blízké.

Život v bolesti, zmizelé naděje...

Proč osud tak činí?

Což to tak musí být?

Parkinsonové?!

Věřím v dobré naděje.

I života si užít.

Není to jednoduché.

Ale musím bojovat!

Friedrich Karel – mám Parkinsonovu nemoc – umím žít (z časopisu Parkinson, 2011).

2.7 Vliv hudby na lidský mozek

Oliver Sacks, nazývaný „dvorní básník medicíny“, pochází z lékařské a vědecké rodiny a věnuje se soukromé klinické praxi zaměřené zejména na pacienty s neurologickými a psychiatrickými poruchami. Ve své zatím poslední knize s názvem „Musicophilia“ pátrá po místě, které hudba v našem mozku obývá, a po tom, jak ovlivňuje náš psychický a fyzický stav. Pokouší se porozumět zkušenostem lidí, kteří vykazují různé neurologické odlišnosti, v tomto případě je to specifické vnímání a přijímání hudby. Zabývá se těmi, které hudba, ať již její poslech nebo aktivní provozování, nejen obohatila a potěšila, ale doslova zázračně vrátila zpět do života. Dozvíme se např., jak hudba dokáže rozhýbat jinak „ztuhlé“ Parkinsoniky. Svým skromným a erudovaným přístupem umožňuje i naprostým laikům přemýšlet o mozku a jeho funkcích ve zcela novém světle. Při pokusu poodhalit jeden z těch

nejúžasnějších a nejméně prozkoumaných biochemických procesů, na kterém je závislý náš svět, v němž žijeme, se tak přibližuje odpovědi na otázku: proč se v nitru kombinuje tón, rytmus a melodie do fenoménu, který nazýváme hudba? Hudba umí být inspirující, povznáší nás a ukazuje nám hloubku emocí – a může být také naším nejlepším lékem a pomoci nám definovat, čím jsme.

Jaká je to zvláštní věc vidět, jak si celý jeden druh – milióny lidí – hraje s nesmyslnými melodiemi a naslouchá jim, zaměstnává se a zabývá se po většinu času tím, čemu se říká „hudba“. Tato věc zvaná „hudba“ na lidi tedy nějakým způsobem působí, zaujímá v jejich životě ústřední místo. Přesto však nemá žádné koncepce, nevytváří žádné teorie, postrádá obrazy, symboly, jazyk. Nemá žádnou reprezentační sílu. Nemá žádný bezpodmínečný vztah ke světu (Sacks, 2008, s. 9).

Pejřimovská (2007) dodává, že hudba je setkání dvou otevřených systémů – člověk a hudba, člověk a osud, poznávání sebe sama a toho, co hudba přináší, kooperace vytváří nekonečný proces řešení, nesmíme ho svázat, vztah musíme pochopit, vytvořit osobnostní vztahovost, a pak muzikou ovlivnit, jde o stimul a vnitřní prožívání.

Lidé nemají nervový aparát pro porozumění tónům či melodiím, jsou vzácní. Prakticky na všechny z nás má hudba silné účinky, ať již ji vyhledáme, či nikoli, ať již si o sobě myslíme, že jsme, anebo nejsme mimořádně „muzikální“. Tato přirozená náklonnost k hudbě, „muzikofilie“, se projevuje už v dětství, je zřetelná a ústřední v každé kultuře, a pravděpodobně sahá až k úplným počátkům našeho druhu. Může být rozvíjena nebo formována kulturou, ve které žijeme, životními poměry nebo zvláštními nadáními či vadami, které jako jedinci máme – ale leží hluboko v naší lidské přirozenosti, že nás to svádí myslet si, že je vrozená, stejně jako za vrozenou pokládal Wilson „biofilii“ – náš cit pro vše živé, možná je muzikofilie jakousi formou biofilie, protože hudba samotná se zdá být téměř živým organismem (Sacks, 2008, s. 10).

Přestože ptačí zpěv má zřejmý adaptivní význam, porozumět původu lidské hudby je již méně snadné. Darwin sám musel být evidentně v rozpacích, když ve své knize „*O původu člověka*“ napsal: „Protože záliba v hudbě a schopnost vydávat hudební tóny jsou vlastnostmi, které mají pro člověka v jeho každodenním životě jen velice malý přímý užitek, musíme je zařadit mezi nejzáhadnější vlastnosti člověka, kterými je obdarován.“ Pinker a jiní se domnívají, že naše hudební schopnosti – alespoň některé z nich – jsou umožněny využitím či oživením nebo

kooptací mozkových systémů, které se vyvinuly pro jiné účely. To by mohlo souviset s faktem, že v lidském mozku neexistuje žádné jediné „hudební centrum“, nýbrž je zde zapojována spleť desítek roztroušených sítí po celém mozku.

Poslech hudby není jen záležitostí sluchu a emocí, ale také motoriky. „Nasloucháme hudbě skrze své svaly“, napsal Nietzsche. Hudební rytmus sledujeme bezděčně, dokonce i když hudbu vědomě neposloucháme, a naše tváře i postoje těla zrcadlí „příběh“ melodie i myšlenky a pocity, které onen příběh vyvolává (Sacks, 2008, s. 11).

K mnohému z toho, co se děje během vnímání hudby, může také dojít, když si „přehráváme hudbu v mysli“. Představa hudby dokonce i u poměrně nemuzikálních lidí je pozoruhodně věrná originálu nejenom co se týče melodie a nálady, ale i svou výškou a tempem. Základem toho je mimořádná síla hudební paměti, a tak mnoho z toho, co člověk slyší v prvních letech života, může zůstat v jeho mysli „vtisknuto“ až do konce života. Náš sluchový systém, naše nervová soustava, jsou vlastně dokonale naladěné na hudbu. Hudba může působit na každého z nás – tj. naše „vnímavost vůči hudbě“ – může nás uklidnit, povzbudit, utěšit, vzrušit, posloužit nám k tomu, abychom se synchronizovali při práci či hře, může být zvlášť významná a vykazovat obrovský terapeutický potenciál rovněž pro pacienty s různými neurologickými onemocněními. Takoví lidé někdy nereagují na nic jiného než na hudbu. Mají např. četné korové problémy, ať již v důsledku mozkové příhody nebo Alzheimerovy choroby či dalších případů demence, jiní mají podkorové syndromy jako parkinsonismus nebo jiné poruchy pohybu. Tato a ještě mnohá další onemocnění mohou potenciálně úspěšně reagovat na hudbu nebo muzikoterapii. Sacks první podnět k tomu, aby začal hlouběji přemýšlet, a posléze psát o hudbě, přišel již v roce 1966, kdy mohl pozorovat velmi silné účinky hudby na pacienty trpící hlubokým parkinsonismem, o nichž později psal ve své knize Čas probuzení. A od té doby zjišťoval, jak si hudba, ukazující mu své působení na téměř každý aspekt mozkových funkcí – a života, opakovaně vynucuje jeho pozornost. Heslo „Hudba“ bylo vždy první. Oba přístupy, jak „staromódní“ pozorování a popis, tak nejnovější nezbytné technologické zkoumání, se pokusil propojit. Ale především se snažil svým pacientům a subjektům naslouchat a představovat si, co prožívají, aby lépe pronikl do jejich pocitů (Sacks, 2008, s. 13).

2.7.1 Hudba a identita: demence a muzikoterapie

Z přibližně pěti set neurologických pacientů nemocnice, kde Sacks působí, zhruba polovina trpí demencí různého druhu – způsobenou mnohačetnými mozkovými příhodami, poškozením mozku nebo infekcí, mozkovou hypoxií nebo nejčastěji Alzheimerovou chorobou. Jedinec trpící Alzheimerovou chorobou s tím, jak nemoc postupuje, skutečně přichází o mnohé ze své výkonnosti a schopností, jedinec možná prodělá návrat do „druhého dětství“, avšak aspekty jeho bytostného charakteru, jeho osobnosti a jedinečnosti, přetrvávají – a spolu s určitými, téměř nezničitelnými druhy paměti – dokonce i u velmi pokročilé demence. Zůstává zachována zejména reakce na hudbu, a to i v případě velmi pokročilé demence. Terapeutická úloha hudby je zde však zcela jiná než u pacientů s motorickými nebo řečovými poruchami. Například hudba, která pomáhá lidem s parkinsonismem, musí mít nějaký pevný rytmický charakter, ale nemusí být důvěrně známá nebo asociativní. U lidí postižených afázií jsou stěžejní písně s textem nebo intonované fráze a interakce s terapeutem. Cíl hudební terapie u lidí s demencí je daleko širší – muzikoterapie se snaží oslovovat emoce, kognitivní schopnosti, myšlenky a vzpomínky, živoucí „já“ pacienta, posilnit je a vynést do popředí. Směřuje k obohacení a rozšíření života, k navození pocitu volnosti, stability, uspořádanosti a smyslu. Muzikoterapie je u těchto pacientů možná, neboť hudební vnímání, hudební senzitivita, hudební cit a hudební paměť mohou přetrvávat dlouho poté, co se ostatní druhy paměti vytratily. Vhodná hudba může napomoci k zorientování a ukotvení pacienta, když téměř nic jiného nepomáhá (Sacks, 2008, s. 325).

Holmerová (2009, s. 100) přispívá stejným názorem využití nefarmakologických metod léčby, že s výhodou lze do pohybového režimu zařadit také taneční terapii. Tanec a hudba mají silný emoční náboj a jsou prostředkem snadnější nonverbální komunikace. Samotný poslech hudby může evokovat pozitivní pocity, vhodné je spojit ho s jemnými a jednoduchými pohyby, které pacient snadno napodobí. Dále říká, což je všeobecně známo, jestliže terapeut dokáže svým příkladem připravit atmosféru radosti, klidu, důvěry a empatie, může jedince motivovat nejen k vlastnímu pohybu, ale také k intenzivnějšímu a pozornějšímu vnímání, k pozvolnému získávání sebedůvěry, zájmu o život a dění kolem sebe, i k překvapivým fyzickým výkonům.

Výzkumná šetření se v mnohém nerozcházela ve výsledcích a všeobecně se potvrzuje pozitivní vliv hudby na jedince s postižením.

Campbell (2008, s. 25) pochopil hudbu W. A. Mozarta v plné šíři a říká: „Naleznete sílu hudby, která uzdravuje tělo, posiluje mysl a rozvíjí tvořivého ducha“, a ukazuje rozsah blahodárného vlivu hudby na lidský organismus. Popisuje, jak moderní věda dnes začíná objevovat pradávnou moudrost: hudba je lékem pro tělo, pro mysl a také pro duši, moderní věda nachází důkazy, že poslech určitých druhů hudby může zlepšit kvalitu života skoro ve všech ohledech.

Gretta Sculthorpová, muzikoterapeutka původem z Austrálie, která již deset let působí v sanatoriích a nemocnicích, to vyjádřila výmluvně:

Zpočátku jsem si myslela, že pouze obstarávám zábavu, ale dnes vím, že to, co dělám, slouží pro vzpomínky jako jakýsi spouštěč. Nedokážu předpovědět, co bude u každého člověka oním aktivačním mechanismem, ale obvykle se najde něco pro všechny. A nějaká část mého mozku v ohromeném úžasu „sleduje“, co se děje...Jedním z nejbáječnějších výsledků mé práce je, že ošetřující personál může náhle své svěřence vidět ve zcela novém světle, jakožto lidi, kteří mají nějakou minulost, a nejen nějakou, ale minulost, která má v sobě radost a potěšení.

Jsou posluchači, kteří přijdou, postaví se vedle mě nebo přede mě a po celou dobu mají potřebu se mě dotýkat. Vždy jsou zde lidé, kteří pláčou. Někteří tančí, jiní se připojí ke zpěvu – ať je to opereta nebo Sinatrovy písně. Rozrušení jedinci se uklidní, oněmělým se vrátí hlas, strnulí si začnou podupávat do rytmu. Jsou tu lidé, kteří jsou dezorientovaní, nevědí, kde jsou, ale okamžitě mě poznají jako „Zpívající dámu“ (Sacks, 2008, s. 333).

Existuje mnoho úrovní, na kterých hudba oslovuje lidi, vstupuje do nich, mění je. To platí stejně tak pro pacienty s demencí jako pro nás ostatní. Při společném zpěvu se sbližujeme, sdílíme zvláštní citové rozrušení a vztahy, o nichž se v té které písni zpívá – sblížení je však hlubší a primárnější, jestliže spolu tančíme, čímž uvádíme v soulad nejen naše hlasy, ale i těla. „Tělo představuje jednotu dějů“, napsal Lurija, „a není-li zde žádná jednota, neděje-li se nic aktivního nebo interaktivního, náš samotný pocit, že jsme tělesní, může být silně narušen“. Ale držet někoho, tančit s ním, to dokáže spustit taneční reakci (možná částečně díky aktivaci zrcadlových neuronů). Tímto způsobem lze jinak uzavřené pacienty oživit, umožnit jim, aby se hýbali, a aby alespoň na krátký okamžik znovu získali pocit tělesné identity a tělesného vědomí – tedy druh vědomí, který je pravděpodobně ze všeho nejhlubší.

Skupinové bubnování a jiné formy muzikoterapie, které jsou pro lidi s demencí neocenitelné, jako například tanec, pobízející k činnosti základní podkorové úrovně mozku. Hudba na této úrovni, pod oním osobním a mentálním, na úrovni ryze fyzické nebo tělesné, nemusí mít ani melodii, ani specifický obsah či afekt písně – ale to, co nesmí postrádat, co je zásadní, je rytmus. Rytmus dokáže obnovit náš pocit tělesnosti a prvopočáteční vědomí, že se hýbáme, že žijeme (Sacks, 2008, s. 337).

Podobné myšlenky přidává Holzer (2011), přední český a světový muzikoterapeut v oblasti celostní muzikoterapie. Příkladá zásadní důležitost melodické i rytmické okamžité tvorby muzikoterapeuta. Muzikoterapeut se nachází permanentně v procesu volné improvizace, lépe řečeno volné intuitivní hudby. Přes improvizaci se snaží pustit uvolněně do úžasné krajiny volné hudby, která teprve skýtá úplnou svobodu tvorby, nejsilnějšího a nejplnějšího působení a prožívání.

U poruchy pohybu, jako je Parkinsonova choroba, k žádnému významnému přetrvávajícímu účinku při působení hudby nedochází. Když hudba zní, může pacient znovu dosáhnout plynulosti pohybů, ale jakmile skladba skončí, zmizí i plynulost. V případě lidí trpících demencí však hudba déletrvající účinky mít může. Tyto efekty – zlepšení nálady, chování i kognitivní funkce – mohou přetrvávat celé hodiny nebo i dny poté, co byly hudbou vyvolány (Sacks, 2008, s. 334).

2.7.2 Kinetická melodie: parkinsonismus a muzikoterapie

William Harvey, jenž na počátku 17. století psal o pohybu zvířat, jej nazval „tichou hudbou těla“. Podobné metafory často používají neurologové, kteří říkají, že normální pohyb se vyznačuje přirozeností a plynulostí, jakousi „kinetickou melodií“. Toto hladké, graciézní plynutí pohybu je u parkinsonismu a některých dalších chorob znemožněno a neurologové zde hovoří o „kinetickém zadrhávání“. Když kráčíme, naše kroky vyplývají v jakýsi rytmický sled, proud, který je automatický a sebeorganizující. U parkinsonismu tento obvyklý, zdárný automatismus mizí (Sacks, 2008, s. 240).

V roce 1966 pro pacienty s parkinsonickou nehybností neexistovala žádná účinná léčba – ani žádný lék na jejich strnulost. Nicméně mezi zdravotními sestrami a personálem bylo obecně známo, že se tito pacienti *občas dovedou pohybovat* s lehkostí a ladností, která je v rozporu s jejich parkinsonismem – a že tím nejúčinnějším podnětem je *hudba*.

Lidé s běžným parkinsonismem nedovedou cokoli přirozeně iniciovat, a přece jsou často schopni *reagovat*. Mnozí dokážou chytit a hodit míč, a skoro všichni mají tendenci nějak reagovat na hudbu. Pomocí vnějších stimulů lze parkinsoniky někdy „oživit“, po hození míčku opět ztuhnou. Aby si užily skutečný pocit svobody, déletrvající úlevu, potřebují něco, co může nějakou dobu trvat, a tím *nejúčinnějším prostředkem je hudba*. Někteří z nich nejsou schopni sami od sebe iniciovat jeden jediný krok, avšak mohou být vtaženi do tance a tančit plynule. Jiní stěží vysloví nějakou slabiku: jejich hlas, mohou-li mluvit, postrádá barvu a sílu, je téměř přízračný. Avšak jsou občas schopni zpívat hlasitě a zřetelně, plně zvukným hlasem s obvyklým rozsahem expresivity a zabarvení. Další nemocní mohou chodit a mluvit, ale pouze trhavým, lámavým způsobem bez stabilního tempa a někdy s neudržitelným zrychlováním – zde může hudba upravit proud pohybu či řeči, poskytuje jim stabilitu a kontrolu, kterou tolik postrádají (Sacks, 2008, s. 241).

Muzikoterapeutka, dynamická osobnost jménem Kitty Stilesová (zemřela ve věku blízcím se stovce, měla však vitalitu mnohem mladšího člověka) měla pro tyto pacienty zvláštní cit, a než byla k dispozici farmaceutika jako L-dopa, zde byla jen ona a její hudba, co je mohlo přivést k životu. Byla tu tím nejdůležitějším člověkem nejen před L-dopou, ale zůstávala jí i po té, co začaly být u mnohých pacientů účinky L-dopy kolísavé a nestabilní. Měla obrovský dar intuice, vytyčila, co by pacienty mohlo uvést do pohybu, ať již se jevíli jakkoli regresivní. Práce s individuálními pacienty si žádá empatii a osobní interakci stejně tak jako jakákoli formální terapie. Skvěle improvizovala a byla velice hravá – jak u klaviatury, tak v životě. Připomněla jeden aforismus německého romantického spisovatele Novalise: „Každá nemoc je hudební problém, uzdravení je hudebním řešením.“ Zdá se, že je to téměř doslova případ těchto pacientů s těžkým parkinsonismem (Sacks, 2008, s. 242).

Muzikoterapeutka a supervizor muzikoterapie Pejřimovská (2007) poukazuje na to, jak na začátku hudebních reedukačních setkání Parkinsoniků pozorujeme, že pacient těžko získává a udržuje rytmus hudby, je omezená rytmická tvořivost, při rytmicko-melodických hrách je tendence ke zrychlování, při improvizaci se objevují poruchy rytmu nebo monotónní řeč, jako i omezené kolísání emocí. Říká, že v projektech fyzioterapeutů a muzikoterapeutů se sleduje účinek hudby jako fenoménu, který stimuluje a reguluje pohyblivost a má pozitivní účinky na chůzi, řeč i tremor pacientů.

Pejřimovská (2007) dále říká, že u studií, kde lekce muzikoterapie byla absolvována 1 krát týdně po dobu 3 měsíců, se zaznamenává zřetelné zlepšení motorických funkcí, zvláště v akinezi, ale i v duševním stavu. Hypoteticky bylo vysloveno, že tvořivá muzikoterapie působí pozitivně na motorickou i emocionální pohyblivost pacientů s Parkinsonovou nemocí, čímž se zlepšuje duševní i tělesný stav pacienta jako součást kvality života.

Parkinsonismus bývá nazýván (viz výše) „poruchou pohybu“, třebaže jedná-li se o těžký parkinsonismus, není narušen pouze pohyb, nýbrž i tok vnímání, myšlení a také cítění. Tyto potíže s plynulostí mohou mít mnoho forem: někdy, jak implikuje termín „kinetické zadrhávání“, se zde místo plynulého pohybu objevuje pohyb trhavý, šubavý, přerušovaný. „Parkinsonické zadrhávání“ (podobně jako zadrhávání řeči) může nádherně reagovat na rytmus a proud hudby, pokud je to ta „správná“ hudba – náležitý druh hudby, který je pro každého pacienta specifický. *Hudba může být stejně účinná jako léky.* Vyjádření pocitů pacientů: například vlivem parkinsonismu je „znehudebněná“, nebo hudba znovu dokázala vzkřísit aktivitu, mohla „vytančit z klece“, z té ploché, ztuhlé krajiny, do níž byla lapena (Sacks, 2008, s. 244).

Pohyby lidí s parkinsonismem a jejich vnímání jsou často příliš rychlé, nebo příliš pomalé, byť ono sami si toho být vědomi nemusejí – mohou to dokázat vyvodit pouze tehdy, porovnají-li se s hodinami nebo s jiným člověkem. Avšak zní-li hudba, její tempo a spád umožňují parkinsonským pacientům vrátit se ke své vlastní rychlosti pohybu, jaká pro ně byla přirozená před nemocí.

Zatímco hudba samotná může uvolnit lidi postižené parkinsonismem a pohyb nebo cvičení všeho druhu je blahodárné, ideální kombinaci hudby a pohybu poskytuje tanec. Tanec je podstatnou součástí muzikoterapeutického programu. Tanec je pro mnohé z nich efektivní nejen předtím, než jim je podána L-dopa (pokud nejsou právě ve stavu strnulosti, mají velké potíže s chůzí, otáčením se a rovnováhou), ale i později, když se u některých z nich jako vedlejší účinek léčby tímto lékem objevila chorea – rychlé, nepravidelné, nekontrolovatelné pohyby postihující trup, končetiny a tvář.

Hudba vykonává vše, co podávání léku L-dopa, a více – ovšem jen po krátkou dobu, co trvala, nebo možná pár minut poté. Obrazně řečeno, byla jako sluchový dopamin – jakousi „protézou“ poškozených bazálních ganglií.

Je to hudba, co parkinsoničtí pacienti potřebují, protože pouze hudba, jež je rigorózní, byť obsáhlá, vinoucí se a živá, může vyvolávat reakce, které jsou zrovna takové. A nepotřebují pouze metrickou strukturu rytmu a volný pohyb melodie – její kontury a trajektorie, její vzestupy a sestupy, její napětí a uvolnění – nýbrž i „vůli“ a intencionalitu hudby, aby jim umožnila osvobodit své vlastní „kinetické melodie“ (Sacks, 2008, s. 245).

Ještě se vrátíme k Pejřimovské (2007), která navrhuje několik námětů na etudy v muzikoterapii. Např. navrhneme přítomným, aby se vžili do prožitku kohouta rozpáleného v kohoutím zápase, jindy do pocitů lva v boji s nosorožcem apod. Z „nesmyslné řeči“ např. dvou dohadujících se slepic se pak hudební motivy mohou rozvíjet k abstraktnějším ve volné improvizaci. Nejde ale jen o hru, jde také o zkušenost, zodpovědnost a svobodu. Dále také říká, že muzikoterapeut by měl mít vypěstovaný cit pro celou škálu projevů klienta – od pudovosti a diskrétnosti až k duchovnosti. Role mohou být předváděny v pohybu, může se připojit řeč a samozřejmě expresivní hudební projev, zpěv, hra na nástroje. Hrát a zpívat může hlavní protagonista i všichni ostatní. Jeví se jí to tak, že člověk tíhne a v sobě touží po přirozeném řádu, harmonii. V hudbě platí, že stejné rozděluje a různé spojuje. Když přijde v hudbě znovu nástup melodie či rytmu, který jsme již slyšeli, mozek si řekne: „Aha, začíná druhá část, druhá polovina!“ Opakování postihne jako druhou cihlu a chápe, že dům je tak postavený z jednotlivých cihel. Už to není jen hromada stavebního materiálu, je to celek – nový krásný dům. Ze slov Pejřimovské je patrné, že je potřeba pevný, ale chápající přístup, kdy je třeba průběžné kontroly a rozvahy nad tím, jestli zvolené postupy přinášejí efekt.

Speciální pedagogika také využívá expresivních technik, a proto zmíníme význačnou osobnost Miloše Sováka, který je považován za zakladatele naší speciální pedagogiky a logopedie. Zasloužil se o rozvoj terénní péče pro jedince s narušenou komunikační schopností a vadami sluchu ve školství, zdravotnictví a sociální péči (Klenková, 2006, s. 20).

Smysl pro hudbu neboli muzikálnost je schopnost pociťovat působení hudby na vegetativní systém i podkorová centra a hodnotit estetický obsah hudebního výrazu. Vedle emocionálních reakcí se zvláště klade důraz na duševní zážitek (Sovák, 1978, s. 278). Ke dvěma pojmům, hudbě a řeči, Sovák (1978, s. 280) říká, že mají mnoho společného. Obojí, řeč i hudba, se dá převést v optické znaky (písmo, noty) a z nich zpátky ve zvuk. Obojí má emocionální zabarvení a symbolizační funkci s tím rozdílem, že v řeči převládá spíš předávání informací a v hudbě emocionálně estetické prožívání.

3 EMPIRICKÁ ČÁST

Ústředním tématem bakalářské práce je vliv hudby na jedince s Parkinsonovou chorobou. V předchozím textu byla uvedena teorie k danému tématu.

Empirická část bakalářské práce se zabývá šetřením mezi příslušníky jedinců trpících Parkinsonovou nemocí a následným vyhodnocením tohoto šetření.

3.1 Cíl empirického šetření

Cílem empirického šetření je zjistit, zda hudební aktivity u jedinců s Parkinsonovou nemocí zmírňují příznaky, a to především příznaky motorické.

Cílem práce je charakterizovat problematiku jedinců s Parkinsonovou chorobou a zjistit způsoby ovlivnění těchto jedinců různými druhy hudby. Cílem práce je také zachytit a analyzovat problematiku případného ovlivnění jedinců s Parkinsonovou nemocí v rámci hudební reedukace, kdy autorka práce je v pozici edukátora jako člen týmu studentů, který je supervidován. Na základě práce s těmito jedinci ve skupině a hudebně reedukační individuální práce s konkrétním klientem je cílem zjistit, k jakým změnám při ovlivňování hudbou u těchto jedinců došlo od února 2011 do listopadu téhož roku. A v neposlední řadě také zjistit, zda se nemocní domnívají, že je hudební terapie pro jedince s Parkinsonovou nemocí přínosem.

V empirické části zjišťujeme, jaký vliv má nácvik hudebně pohybových aktivit na příznaky nemoci, které velmi často primárně a významně narušují kvalitu života jedinců s Parkinsonovou nemocí. Tento proces vyústí ve zjištění a popis hudebních aktivit, a to individuálně zaměřených k jednomu klientovi, které sledovaný jedinec realizuje nejen ve skupinových setkáních, ale posléze i samostatně v domácím prostředí, kde jej v této činnosti doprovází edukátor. Tyto hudební aktivity, pokud jsou pravidelně prováděny, působí jako vnější stimul, který napomáhá úpravě motorických příznaků. Volba vhodných hudebních aktivit je procesem tvorby individuálního hudebního programu jednotlivců.

Během šetření byl sledován charakter hudebních aktivit, které nemocný spontánně volí, dále skutečnost, jestli modifikaci těchto aktivit do hudebního systému prováděného během dne je jedinec schopen přijmout a samostatně provádět. Byly popsány osobnostní a výkonnostní charakteristiky sledovaných jedinců tak, jak se jedinci projevovali ve skupině i v individuálních domácích aktivitách. Studenti byli v roli edukátorů, kteří vedli jednak

skupinovou práci, ale také doprovázeli klienty jednotlivě v jejich domácích hudebních aktivitách, které se konstituovaly do denního hudebního systému aktivit. Samostatné provádění sledovali edukátoři pomocí zápisků a pravidelných telefonických a emailových kontaktů, a to dvakrát až třikrát týdně. S celou skupinou jsme pracovali v rámci společných setkávání v pravidelnosti dvakrát za měsíc, po dobu 10 měsíců.

Na počátku edukační práce byl sledován vliv hudby především na motorické funkce, protože právě motorické a non-motorické symptomy snižují kvalitu života Parkinsoniků. V průběhu práce se však také objevila potřeba emočního přijetí klientů, a ukázalo se jako velmi vhodné pracovat s klientem i se skupinou na psychosociální úrovni. Ta setkání nebyla jen o hudebním ovlivňování, ale umožnila těmto lidem nebýt na problém sami, podělit se o své zkušenosti s ostatními, a v neposlední řadě jim umožnila zapomenout na svoje starosti a naopak se radovat s ostatními. Vzájemnost se projevila také tím, že byl dán prostor ke komunikaci mezi všemi zúčastněnými s přátelskou atmosférou.

3.2 Stanovení předpokladů

Abychom mohli zodpovědně přistoupit k provedení šetření, stanovili jsme následující předpoklady:

1. Lze předpokládat, že vážná hudba bude působit na jedince s Parkinsonovou nemocí uklidňujícím dojmem.
2. Lze předpokládat, že poslech vážné hudby v ranních hodinách bude mít pozitivní vliv na třes v průběhu celého dne.
3. Lze předpokládat, že rytmizující zvuky a rytmizující řeč budou mít aktivizační vliv.

Stanovené předpoklady byly ověřovány pomocí zvolených metod. Vzhledem k charakteru práce byly předpoklady doplněny průzkumnými otázkami. Empirické šetření samotné mělo podobu smíšeného šetření s převahou kvalitativních postupů s důrazem na zjištění charakteru individuálního hudebního programu a zároveň na psychosociální podporu klienta.

3.2.1 Stanovení dalších průzkumných otázek

- Budou klienti ochotni přijmout nabízené metody a formy práce?

- Lze povahu hudebních aktivit pro jedince s Parkinsonovou nemocí sjednotit nebo bude nutné vytvářet pro každého klienta jeho vlastní hudební aktivity?
- Budou klienti schopni samostatně provádět domácí hudební aktivity bez naší podpory?
- Pomohou hudební aktivity zlepšovat motorické funkce jednotlivců?
- Bude prokázána snížená aktivita parkinsonického třesu při poslechu Mozartovy hudby?
- Budou klienti schopni vlastní sebereflexe a následné účasti na modifikaci hudebních aktivit?
- Budou pozitivní životní události motivovat k práci na hudebních cvičeních nebo naopak negativní události demotivovat při práci?
- Budou klienti po emočním přijetí schopni sdílet ve skupině své pozitivní i negativní životní prožitky?
- Bude se projevovat souvislost mezi intenzitou plnění hudebních úkolů doma a se skupinovou emoční podporou?
- Bude mít poskytnutá psychosociální podpora vliv na zkvalitňování vzájemného vztahu klient-edukátor?
- Dostaví se úplná samostatnost klientů v provádění hudebních aktivit během 10měsíční spolupráce?

3.3 Použité průzkumné metody a postupy

Vzhledem ke zvolenému tématu byly použity následující metody a postupy:

Jako stěžejní metody, které se vztahují k práci s klientem ve skupině i k práci s klientem individuální povahy, byly použity: **rozhovor, pozorování a expresivní techniky** (Vymětal a kol., 2004, s. 86), kam především řadíme hudební aktivity. Jakékoliv hudební činnosti, v případě „Parkinsoniků“, musí mít povahu aktivní, aby působily ke zmírnění příznaků. Mezi expresivní terapie řadíme dramaterapii, muzikoterapii, arteterapii, tanečně-pohybovou terapii. Při zapojení se jedinci posílí jeho schopnosti sebevyjádření a sebereflexe, což by mělo vést

k optimalizaci duševního rozvoje a napomoci začleňování do společnosti a zkvalitňování života.

K vzhledu do problematiky volby jednotlivých hudebních aktivit napomáhá **exemplifikace** – doložení na příkladech a **případová ilustrace** (Matoušek, 1998, s. 56). Během 10měsíční pravidelné práce s Parkinsoniky byly prováděny zápisky a videozáznamy – **shromažďování dat dokumentace** a souběžně pak se uplatňovala **myšlenková analýza, syntéza, indukce a dedukce**. Byly aplikovány i **hodnotící škály**, které byly stanoveny jako metodologický postup týmu edukátorů a supervizorů (Váňová, Skopal, 2007, s. 50).

Byl použit i standardizovaný **dotazník** „Kvalita prožívání radosti a spokojenosti ze života“, jejímž autorem je J. Endicott. Autorkami české verze jsou E. Libigerová a H. Mullerová.

Empirické šetření, vzhledem k charakteru práce, využívá jak kvantitativní, tak kvalitativní postupy.

Miovský (2006) uvádí definici sestavenou z popisu klíčových charakteristik a vystihující kvalitativní přístup v psychologii: *kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoliv psychologického zkoumání. Základní metodologické přístupy v kvalitativním přístupu jsou: pozorování, práce s texty a dokumenty, interview (rozhovor), práce s audio a videozáznamy.*

V poznávání je nutné vhodně kombinovat různé metody tak, abychom získali komplexní, ucelený obraz o poznávané osobě. Bylo třeba užít více metod vzhledem ke skladbě sledovaných klientů a zacílenosti práce. Poznatky jako výsledky různých postupů byly dále ověřovány, konfrontovány a kriticky hodnoceny.

Při použití všech metod je třeba dodržovat základní profesní a etické zásady. Klient, který byl autorkou práce doprovázen v individuálních hudebních domácích aktivitách, stejně tak jako ostatní členové popisované skupiny, byl znečitelněn, z důvodu anonymity jsou jména klientů v práci změněna.

Metoda **pozorování** patří mezi frekventované vědecké metody. Specifickým rysem pozorování není sledování skutečnosti v celé šíři, nýbrž pozorování výběrové, rozsahem zúžené a účelově zaměřené. Pozorování je plánovité sledování nějakého jevu, sledujeme konkrétní cíl (cílevědomě) a máme nějaký plán. Při pozorování je třeba stanovit si osnovu, jak

bude probíhat: s cílem (co sledujeme a proč), časovým průběhem pozorování – jak dlouho (delší = získáno více dat), stanovením si, jak povedeme záznamy o pozorování a jakým způsobem budeme data zpracovávat (Průcha, 1995, s. 65).

Jak dále Průcha (1995, s. 68) uvádí, hledisko uplatnění soustavnosti pozorování zahrnuje pozorování příležitostné (epizodické) a soustavné, hledisko trvání pak krátkodobé a dlouhodobé (longitudinální), zjevné a skryté, přímé a nepřímé, nezúčastněné a zúčastněné, strukturované a nestrukturované.

Metoda pozorování byla použita v kombinaci s rozhovorem. Při pozorování byla vedena písemná forma záznamu, která nenarušovala přirozený průběh pozorovaného jevu. Pozorování probíhalo středně dlouhou dobu, byly sledovány motorické projevy klientů, aktivita, verbalita, samostatnost a emoční angažovanost. Pozorovali jsme klienty při hudebních aktivitách, při vzájemné komunikaci a při jejich interakci ve skupině. Pozorování bylo doplňováno upřesněním v rozhovoru či hudebních aktivitách.

Definice **rozhovoru** dle Hladílka (1997, s. 26) zní: rozhovor (interview) probíhá mezi tím, kdo se ptá a tím, kdo odpovídá, s jednotlivcem i celou skupinou, otázky si připravíme, občas i improvizujeme, jak vyplynou ze situace (tj., že otázky připravené nemáme); rozhovor může být individuální nebo kolektivní, řízený nebo improvizovaný, standardizovaný a nestandardizovaný.

Jak uvádí Švingalová (1996, s. 66), touto metodou se nejčastěji zjišťují názory, postoje, zájmy, ale i přání, obavy, konflikty, problémy osobnosti. Kladem je bezprostřední styk tazatele a tázaného.

Metoda rozhovoru byla použita především k získávání informací o potížích při Parkinsonově nemoci, o klientovi i o celé skupině. Rozhovor sloužil jako nástroj pro zjišťování kvality života klientů, pro sdílení pocitů na prožité zkušenosti s hudebními aktivitami doma a ve skupině při setkáních.

K registraci většinou individuálních typů rozhovoru, volných forem rozhovoru s přímými otázkami, ale i nepřímými otázkami, byl využit písemný zápis, který byl prováděn současně při vedení rozhovoru se svým klientem v přátelské důvěryhodné atmosféře, která napomáhala otevřenému sebesdílení klientů. Ke komunikaci bylo dále využito osobního a telefonického rozhovoru a emailového dorozumívání se prostřednictvím Internetu. Rozhovory byly vedeny

i s jednotlivými členy ve skupině. Díky společným rozhovorům bylo možno navázat vzájemnou spolupráci mezi klienty a edukátory. Na základě získaných dat se lépe dařilo zmapování momentálního stavu klienta, orientovat se v příčinách a okolnostech jeho obtíží, pocitů a potřeb.

Metoda rozhovoru byla užita i při zjišťování anamnestických dat u klientky.

Případová ilustrace slouží k lepšímu pochopení a ilustraci určitého případu a byla získána kompletizací všech uvedených použitých metod (anamnézy, pozorování, rozhovoru).

3.4 Popis zkoumaného vzorku

Do šetření bylo zpočátku zahrnuto 10 lidí s Parkinsonovou nemocí v různých stádiích a formách nemoci, ve věku 50–80 let, se vzděláním středoškolským a vysokoškolským, s převahou jedinců ženského pohlaví. Každý student v roli edukátora vedl zpočátku dva klienty, později se spolupráce zúžila na pět pracovních dvojic klient-edukátor. Postupně se utvářela v rámci těchto dvojic kooperace, díky níž bylo možno lépe poznat jednotlivé klienty, odhalit jejich možnosti a potřeby a vést k jejich naplňování prostřednictvím hudební reedukace za účasti psychosociální podpory. Dle našich zjištění je většina jedinců s Parkinsonovou nemocí bez psychosociální podpory osamocena a nejsou motivováni dál. Tato skupina klientů se ustálila v počtu 5 lidí jako skupina pravidelně docházejících jedinců s Parkinsonovou nemocí.

Prvé kontakty s jedinci s Parkinsonovou nemocí se odehrávaly v prostředí klubového setkávání. Jedním z takových setkání, na počátku naší práce, bylo setkání na přednášce doktorky Čapkové, která s jedinci s Parkinsonovou nemocí úspěšně pracovala v oblasti muzikoterapie. Jedinci s Parkinsonovou nemocí, kteří byli účastni této přednášky, byli vyzváni ke spolupráci na utváření vlastních hudebních aktivit, které by je pozitivně ovlivňovaly a přinášely úlevu v běžném životě. Nemocní se sešli několikrát ve větším počtu (viz výše) a posléze vykrystalizovala skupina, která byla schopna pravidelně a dlouhodobě docházet na reedukační skupinu s muzikoterapeutickými aspekty v počtu 5 členů, jak je již uvedeno výše. Při šetření bylo zapojeno 5 edukátorů, supervize probíhala pod vedením muzikoterapeuta Jitky Pejřimovské a neurologa Petra Duška.

Protože práce s jedinci trpícími Parkinsonovou nemocí představuje velmi komplexní činnost, bylo nezbytné pracovat v rámci skupiny na společných činnostech, a zároveň věnovat individuální podporu konkrétnímu klientovi.

Hudební aktivity, ve smyslu hudební reedukace u osob s Parkinsonovou nemocí, byly prováděny pravidelně jedenkrát za 14 dní, šetření probíhalo od února roku 2011 do listopadu téhož roku, tedy 10 měsíců.

3.5 Průběh průzkumu

Zjištění projevů ovlivnění jedinců s Parkinsonovou nemocí různými druhy hudby je ne dosud zcela probádaným jevem. Tím více je toto zkoumání podnětné a motivující. Motivující je zjistit, jaký vliv má nácvik hudebně pohybových aktivit na kvalitu motoriky jedinců s Parkinsonovou nemocí a na zkvalitnění jejich života. S jedinci s Parkinsonovou nemocí jsme začali pracovat v pravidelnosti dvakrát za měsíc při hudební reedukaci.

Během práce se nejdříve jako dominující potřeba začaly jevit potřeby psychosociální, dále se klienti jako skupina více soustředili na motorické aktivity a posléze na samostatnost a hudební aktivity pro domácí práci. Výsledky domácí aktivity byly na setkáváních vyhodnocovány a další postupy konzultovány s neurologem a supervizorem. Z toho vyplývá, že další součástí spolupráce mezi edukátorem a klientem byla také domácí podpora, která spočívala v telefonických rozhovorech, emailové či písemné komunikaci. Každý nemocný sledovaný ve skupině dosahoval během skupinové práce a během individuální práce svého systému hudebních aktivit pro využití v jeho běžném dni. Tyto hudební aktivity byly vřazeny do uspořádání dne klienta jako režimové opatření za účelem zmírnění příznaků Parkinsonovy nemoci. Edukátoři si na základě průběžného pozorování jednotlivých aktivit, projevů a pocitů klienta mohli lépe vyhodnotit efektivitu nabízených hudebních činností. Často byla pozorována inkongruence ve vzájemné komunikaci a odhalena jako významný aspekt v chování klientů, projevoval se rozporuplně mezi jejich chováním a prožíváním. Při šetření nehledáme průměrné hodnoty velkých skupin, ale soustředíme se na prožitek jedince nebo menší skupiny lidí. Zkoumáme, jak hudba ovlivňuje motoriku jedince s Parkinsonovou nemocí a jeho prožitkovost. Při menší četnosti lidí, ale z více pohledů, se nachází hlubší provázanost souvislostí. Sledujeme, pozorujeme a vyhodnocujeme realitu života sledovaných osob, a tudíž o nich máme přesnější představu.

Projevy Parkinsonovy nemoci se u každého z jedinců jevily odlišně a v různé míře (u někoho převládal třes, u jiného ztuhlost nebo překotná mluvená řeč). Pozitivní ovlivnění hudbou se potvrdilo u všech zúčastněných s rozdílem výběru hudebních žánrů a podoby jednotlivých aktivit. Edukátoři se cíleně zaměřili na jednotlivce, ale i na skupinu jako celek.

Schopnost realistického hodnocení i následná modifikace hudebních aktivit vyžadovala uspořádanost, postupné a citlivé zvyšování náročnosti hudebních aktivit.

Následující část práce nastiňuje tři linie působení studentů v pozici edukátorů:

- A) program z pohledu skupinového dění
- B) obraz sledovaného klienta
- C) porovnávání, popis jednotlivců ve skupině

A) Program z pohledu skupinového dění

Skupinu sledovaných klientů tvořilo pět jedinců, které spojovalo nejen postižení Parkinsonovou nemocí, ale i zájem o hudební aktivity. Jedinci s Parkinsonovou nemocí doufali, že tyto aktivity pomohou při zmírnění příznaků nemoci, a tím i ke zkvalitnění života. Každá skupina prochází určitými fázemi, kdy se iniciuje a formuje skupinová identita a soudržnost. V první fázi docházelo k vzájemnému seznamování klientů a terapeutů. Postupně přicházela důvěra, jistota, bezpečí a vzájemné sblížení mezi všemi zúčastněnými. V této fázi si již klienti poskytovali oporu a zpětné vazby a začali pracovat na změně se zaměřením se na společný cíl. Jinými slovy na samém počátku stáli proti sobě jedinci trpící Parkinsonovou nemocí, toužící a doufající v pomoc, která měla s velkým očekáváním přijít v podobě ovlivňování hudbou při hudebních aktivitách. Na straně druhé byli edukátoři a odborníci odhodlaní těmito lidem pomoci.

Tyto dvě strany sledovaly společný cíl jejich spolupráce, kterým byla bezesporu snaha o zkvalitnění života osob trpících Parkinsonovou nemocí. Nová forma aktivit vnesla do života „Parkinsoniků“ jiný úhel pohledu na svou nemoc. Nabídla jim specifickou pomoc, přinesla určitý režim a řád, který s sebou přinášel jistotu, a v neposlední řadě poskytl pocit sounáležitosti a porozumění. Smyslem bylo povzbuzovat nemocné v jejich aktivitách a předkládat jim nové možnosti. Díky hudbě se pro mnohé ze zúčastněných otevřela nová forma vyjadřování vlastních pocitů, strastí a obav. Získali zde nové zkušenosti, zážitky a také

společnost lidí ochotných naslouchat a pomáhat. „Pátrali jsme“, jak hudba ovlivňuje psychický a fyzický stav nemocných Parkinsonovou nemocí.

V první fázi nebylo možné věnovat se primárně stavbě hudebních aktivit vřazených do denního režimu jedinců trpících Parkinsonovou nemocí, protože skupina se svou vlastní aktivitou více zaměřovala na psychosociální dění. Jedinci měli snahu více ventilovat své problémy a pozitivní zkušenosti, pozitivně přijímali pochopení a přijetí od členů skupiny, a i sami podobnou podporu byli připraveni poskytovat ostatním. Klienti se tak postupně otevírali více novým strategiím a více důvěřovali všem ve skupině i v týmu. Přijali nabízenou spolupráci dle svých schopností a možností.

Ve skupině byli dva aktivní členové s aspirací na vnášení iniciativ a jejich vedení a podskupina, která byla zpočátku poněkud submisivní. Paní Anna a pan Karel byli jednoznačně nejvýraznějšími osobnostmi skupiny a již od počátku se nadměrně projevovala jejich individualita. Velmi zásadním způsobem ovlivňovali dynamiku i celistvost skupiny. Skupina jejich osobitý způsob vyjadřování tolerovala, později si však uvědomovala, že ostatní dostávají méně prostoru pro sebevyjádření a výběr hudby byl pro mnohé nevyhovující. Paní Anna upřednostňovala tanec se svou zvláštní vznešeností a prožitkovostí a pan Karel se snažil do společných aktivit vnést dost často nerealizovatelný hudební žánr, nekompromisně lpěl na vlastním velice specifickém výběru hudby, snažil se přesvědčit o správnosti volby i ostatní, ale složitost technik byla spíše demotivující. Vzájemné neshody vygradovaly a pan Karel se rozhodl pro svou vlastní cestu a skupinu opustil. Podobně se snažila nadměrně emotivním směrem posunovat aktivity skupiny paní Anna, což nebylo všem zúčastněným příjemné. Skupina vnímala problémy těchto dominantních osobností, ale nijak zásadně se jimi nenechala ovlivnit.

Zpočátku nebylo možno stanovit hudební činnosti a aktivity zaměřené na motorické projevy, spontánně členové skupiny vyžadovali naši pozornost, takovou, abychom jim porozuměli jako osobnostem, a pak teprve byli schopni přijmout systematickou práci na motorických hudebních aktivitách. Motorickou aktivitu vázanou na hudbu lze iniciovat, ale nejdříve se musíme věnovat prožitku klientů. Pak se teprve klienti otevírali a byli schopni vypovědět, co jim z motorických aktivit pomáhá. Jedná se zde o význam psychosociálního doprovázení. V tomto doprovázení se sledují projevy jednotlivého klienta, jeho současné projevy i ve skupině, dále především projevy motorické, sleduje se jeho chování, aktivita, jeho vnitřní

jistoty a nejistoty. Je nutné motorické projevy hudebně zacilovat tak, aby omezující příznaky ustoupily. Ve skupině má možnost člen skupiny „vyvnějšnit“ strasti, obavy, je zde prostor pro naslouchání. Bylo důležité seznámit se a sblížit se sledovanými jedinci, ale i poznat doprovodné symptomy jejich nemoci. Jednalo se o *symptomy motorické a non-motorické*. Hlavní *motorické příznaky* Parkinsonovy nemoci zahrnují hypokinezi, tremor, rigiditu, posturální instabilitu s poruchou chůze a *non-motorické symptomy* zahrnují psychické problémy, nejčastěji deprese, autonomní dysfunkce (jako je obtipace, sexuální dysfunkce), dále může být přítomna seborea (šupiny v kštici), sialorea (neboli ptyalismus – zvýšené vylučování slin) a zvýšené pocení. Motorické příznaky jsou až na výjimky dopaminergně podmíněné, terapeuticky lépe ovlivnitelné, na rozdíl od non-motorických. Léčba non-motorických obtíží je velmi omezená, přitom se jedná o příznaky velmi časté, které přinášejí pacientům invaliditu a navíc mohou být farmakogenně zhoršovány.

Doprovázení v hudebních aktivitách není „vyučováním“, ale nalézáním hudebních aktivit pro denní režim. Hudební aktivity by měli „Parkinsonici“ získat časem jako návyk. Musí se začít pozvolným zapojováním do aktivity, nejvhodnější je začít vnímáním rytmu a tance, pak přidávat tvorbu rytmů ve skupině, kde každý má svou úlohu, svůj part. Tak se zbaví ostychu „být slyšen“.

Skupina jedinců s Parkinsonovou nemocí hned zpočátku imponovala jako skupina velmi aktivních lidí. Nicméně dosažení toho, aby skupina představovala pracovní prostředí, bylo třeba pravidelnosti setkávání se se stálými členy a vzájemné sžití se a kooperace.

Postupně se utvářela důvěra ve skupině, ale řešily se i problémy mezi dominantními a submisivními členy skupiny (viz výše). Tento proces vyvažování skupinové dynamiky trval poměrně dlouho, dá se říci více týdnů. Submisivní členové se začali více prosazovat a vytvořili velmi systematicky pracující podskupinu. Dění ve skupině se nejdříve orientovalo na uspokojení psychosociálních potřeb, posléze na zájem o motoriku, kterou podporují hudební aktivity. A až poté, co jednotliví členové referují o efektu hudebních aktivit, se zvyšovala i samostatnost ve skupině – samostatná nápaditost, a s tím související i samostatnost při domácích aktivitách, vytrvalost při hudebních aktivitách a pracovní zacílenost.

Jednotliví členové se ve skupině svěřují se svými potížemi, starostmi, ale i úspěchy, druzí se učí jim naslouchat a být empatičtí, a tak vzniká kohese skupiny a současně s ní i zpětné vazby,

kteře podporují realitní vnímání. Jedinec s Parkinsonovou nemocí lépe vnímá sám sebe a i ostatní životní realitu.

Každý člen skupiny, kromě jednoho člena, který přestal docházet (jak bylo uvedeno výše), po určité době vnímal, že se může skupině svěřit, a že bude skupinou emočně podpořen a současně chce podporu poskytovat druhým. Při společných rozhovorech s edukátory nemocní sdělují, že společná setkávání přinášejí uspokojení, postupné zlepšení motorických funkcí a zvládání vlastních životních situací. Sebedůvěra, kterou průběžně získávali, pomáhala kvalitněji prožívat dění při hudebních setkání, ale především i v osobním životě.

Hudební aktivity spočívaly ve skupinové práci všech sledovaných klientů, skupina hodnotila společné aktivity kladně. Klienti vykazovali potřebu dopředu vědět, co je čeká, průběh a smysl prováděných aktivit. Ocenili, pokud cítili jistotu, že aktivitu zvládnou a mnohdy projevíli radost při zdatu. Aktivity byly zaměřeny na tanec, rytmizování za doprovodu hudebních nástrojů a hry na tělo, vyjádření emocí za pomoci hudební improvizace, ale i pasivního poslechu hudby, která dokázala vyvolat u sledovaných jedinců odlišné emoční vyjádření a prožívání. Na každého člena skupiny hudba působila odlišně, vyvolávala různé představy a emoce, zkrátka na hudbu reagovali variabilně. Mezi oblíbené aktivity bylo možné bezpochyby zařadit svižnou rytmickou hudbu, nebránili se country a rokenrolu, překreslování obrazců či snímání pohybů rukou (otevřít a zavřít pěst, jednotlivé prsty střídat v pohybu směrem k palci) – jednou rukou, oběma nebo každou rukou jiný pohyb – před hudební aktivitou a na základě prožité hudební aktivity. Dalšími kladně vnímanými aktivitami byla relaxace, hra na doprovodné nástroje jako chřestidla maracas, brumle, koncovka a další a třeba i pantomimické scénky na různá témata.

Ukázky hudebních nástrojů na hudební reedukaci byly vloženy jako Příloha D.

Hudební reedukace nabídla jednu z několika možností, jak těmto lidem pomoci ke kvalitnějšímu životu. Boj s nemocí bývá v kolektivu snazší, nezůstává tam nikdo sám. Při hudebních aktivitách bylo zjištěno, co všechno klienti dokáží a „co s nimi hudba dělá“. Hudba byla odrazem prožívání a procesů, které probíhaly v každém ze zúčastněných ve skupině. Bylo zapotřebí nalézt tu správnou formu hudební aktivity, která byla pro každého klienta ryze individuální a jedině tak mohla pomáhat v léčbě. Hudba není „záračný lék“, ale je pozitivně funkční pouze při pravidelném konání. K tomuto účelu byla každému klientovi přiřazena jedna studentka v roli edukátora, která na základě svých pozorování, rozhovorů

a systematické přípravy pod odborným vedením supervizory mohla připravit hudební program odpovídající představám, možnostem i předpokladům nemocného. Navzdory počátečním obavám i nedůvěře byl program rozvinut do širších dimenzí překračujících původní očekávání a začala se rýsovat dlouhodobější spolupráce, která měla ambice ovlivňovat životy lidí s Parkinsonovou nemocí. Jejím smyslem bylo působit v širších souvislostech na jedince trpící Parkinsonovou nemocí, kteří potřebovali překonat úskalí života, zvládat obtížné situace, dodat jim jistotu a přesvědčení, že na své strasti a bolesti nejsou a nemusí být sami.

Skupinu posílilo i vědomí, že o jejich životy jeví zájem i odborná veřejnost. Odborně vedení a instruování jsme byli supervizorem muzikoterapie magistrou Jitkou Pejřimovskou, konkrétní kroky, pro poměrně úzkou a cílenou oblast – oblast práce s osobami trpícími Parkinsonovou nemocí, byly konzultovány s neurologem, konzultantem byl neurolog Petr Dušek, doporučený pro užší práci docentem Rothem. Schůzka s lékařem Petrem Duškem byla cenná, toto setkání bylo pro všechny zúčastněné jasným důkazem a ujištěním, že se zapojili do programu, který má jasně nastavená pravidla, pozitivní a odborně prokazatelné účinky. Doktor Dušek individuálně vedl rozhovory s jednotlivými dvojicemi ve spolupráci a zhodnotil zdravotní stav klienta a vhodnost výběru hudebních aktivit.

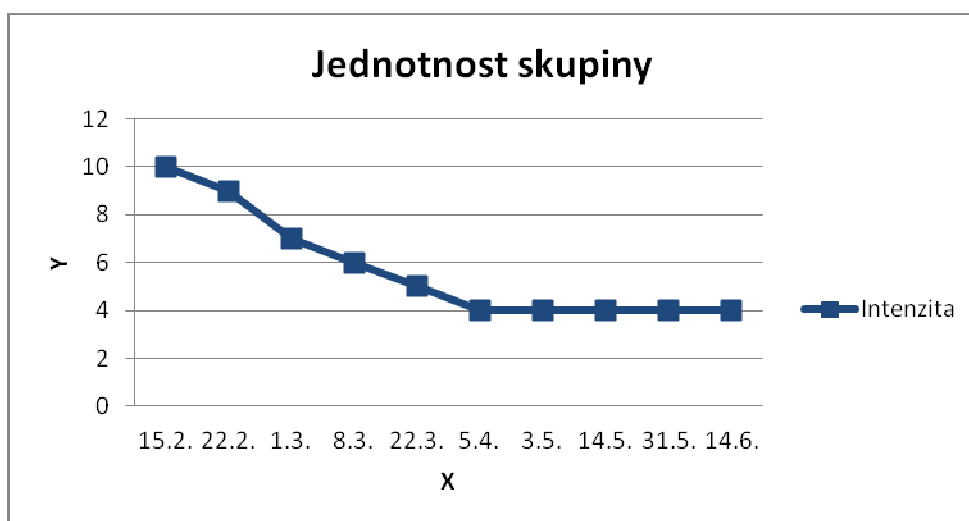
Měli jsme také možnost seznámení se s redaktorkou časopisu Parkinson při příležitosti výstupu na horu Říp s lidmi trpícími Parkinsonovou chorobou z Klubů Parkinsoniků. Náš článek o zážitcích z výstupu se zdál být paní redaktorce zajímavý a zařadila ho mezi příspěvky následného vydání čísla časopisu Parkinson. Paní redaktorka přijala také pozvání, spolu s předsedou Společnosti Parkinson, na jednu ze schůzek při hudební reedukaci. Výstupu na horu Říp byl účasten také lékař Robert Jech, který provádí operativní zákroky u jedinců s Parkinsonovou nemocí. S těmito zákroky mají dnes především pozitivní zkušenosti, ale negativním důsledkem operativního zákroku může být změna psychiky těchto lidí.

Kopie pamětního listu z výstupu na horu Říp byla vložena jako Příloha A.

Ukázky fotografií z výstupu na horu Říp byly vloženy jako příloha B.

Počáteční vývoj ve skupině (od února do června 2011) zachycují následující grafy (1 až 5). Na ose x jsou zaznamenány dny společné práce od února do června 2011, na ose y jsou znázorněny body 0 – 12, které od 0 ke 12 značí trend v intenzitě.

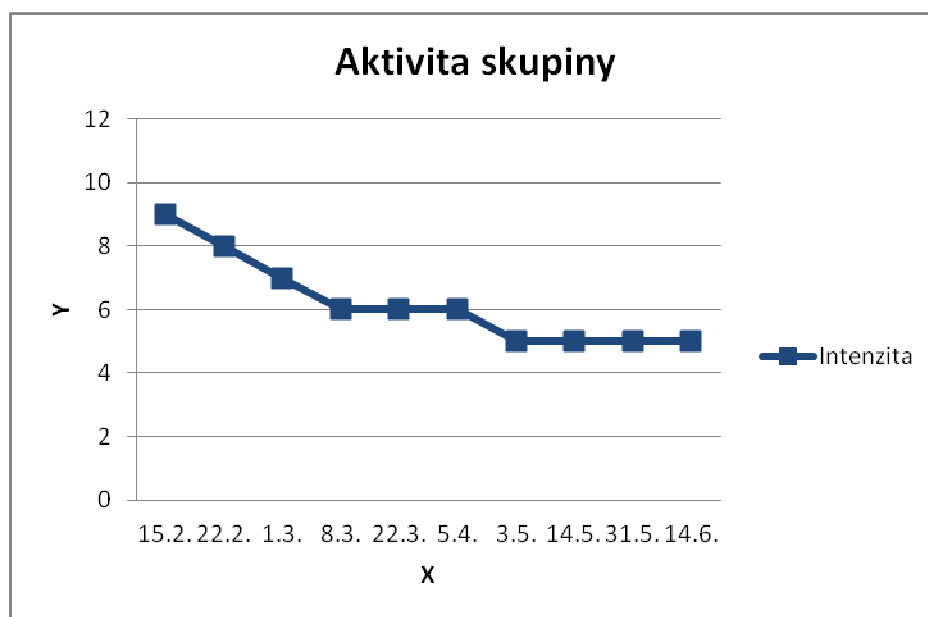
Graf č. 1: Jednotnost skupiny



Legenda: na ose x jsou znázorněny dny společné práce (od února do června 2011), na ose y jsou znázorněny body 0–12, které od 0 k 12 značí trend v intenzitě.

Na křivce tohoto grafu je patrna počáteční jednotnost a celistvost skupiny, zdůvodněná prvotním zájmem a očekáváním. V průběhu programu docházelo k poklesu aktivity klientů, poté k určité stagnaci zapříčiněné neshodami dvou dominantních osobností, posléze byla tato zjevná krize překonána a po stanovení individuálních hudebních programů a ujasnění si priorit našeho snažení se skupina stmelovala, stávala se kohezí a postupně se ubírala jedním, společným směrem.

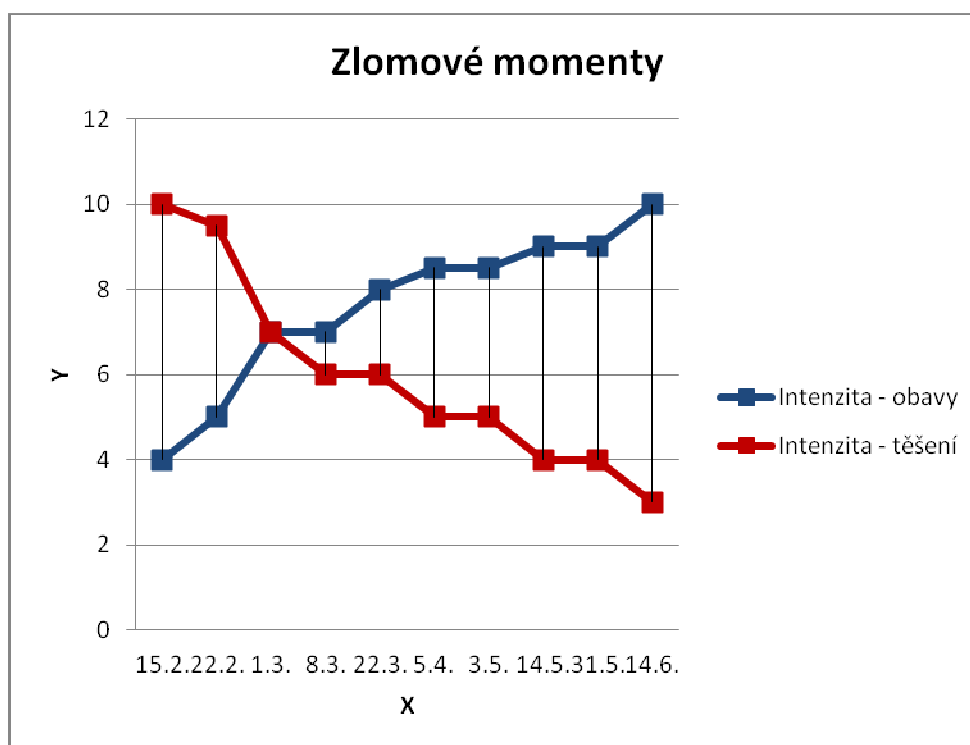
Graf č. 2: Aktivita skupiny



Legenda: na ose x jsou znázorněny dny společné práce (od února do června 2011), na ose y jsou znázorněny body 0–12, které od 0 k 12 značí trend v intenzitě.

Graf aktivity skupiny vykazuje skutečnost, že aktivita byla jasně v souladu s jednotností a celistvostí skupiny, podobně jako u předchozího grafu. Počáteční nadšení a očekávání postupně střídalo pokles aktivity. Klienti nejprve hledali emoční přijetí, poté byli ochotni přistoupit a schopni přijímat hudební aktivity. Prvotní nedůvěra, očekávání vyústily v přijetí hudebních aktivit. Po stanovení individuálních programů se u klientů předpokládala stabilní aktivita, v lepším případě stoupající. V tomto okamžiku nastala důležitá role edukátorů. Důležitost spočívala především v jejich invenci a asertivitě, v přístupu záleželo na jejich schopnostech motivovat, podporovat, kontrolovat, vést a posunovat klienty v jejich aktivitách. Od těchto schopností se odvíjela samostatná práce klientů při plnění individuálního hudebního programu v domácím prostředí.

Graf č. 3: Zlomové momenty



Legenda: na ose x jsou znázorněny dny společné práce (od února do června 2011), na ose y jsou znázorněny body 0–12, které od 0 k 12 značí trend v intenzitě.

Graf sleduje zásadní okamžiky, které ovlivnily dění ve skupině. Poukazuje na kritická i pozitivní období skupiny, či mezní situace.

Analýza a popis zlomových momentů v počátečním období od února 2011 do června téhož roku:

Moment 1 – 22.02.

Počátek spolupráce, klienti byli obeznámeni s programem hudební reedukace, získali již veškeré informace. Někteří z nich začali podléhat dojmu, že aktivity „nezvládnou“. Některé vylekala skutečnost, že budou muset být sami spolutvůrci svého individuálního hudebního programu. Naproti tomuto faktu měli někteří klienti pocity opačné, programem byli nadšeni a očekávali hudebními aktivitami brzké zlepšení svých funkcí.

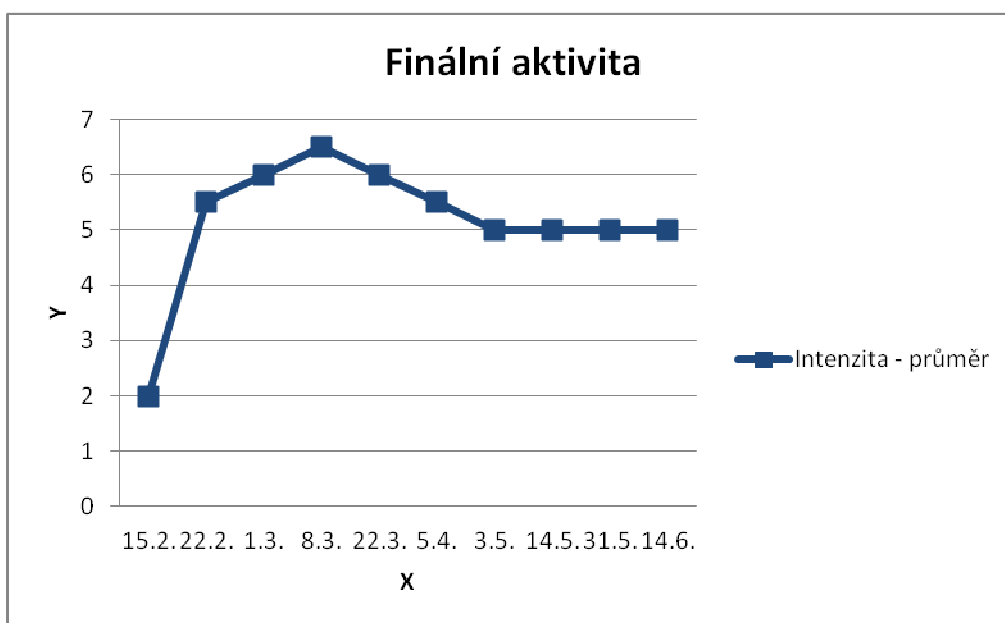
Moment 2 – 03.05.

Toto období se vyznačovalo maximální kohezí skupiny. Uskutečnil se společný výlet, tradiční výstup na horu Říp, kde byl dán prostor ke komunikaci mezi všemi zúčastněnými, jednotnost skupiny je znatelná při společných akcích, aktivitách pořádaných klubem, při plánování akcí, ale i při hudebních aktivitách v rámci hudební reedukace.

Moment 3 – 31.05.

V tomto období nastal již zmíněný rozkol mezi dvěma dominantními osobnostmi skupiny, paní Annou a panem Karlem. Jejich „neshody“ se promítly do atmosféry hudebních setkávání, zúčastnění klienti vnímali toto dění jako nepříjemnou situaci, ale vzhledem k již poznaným vlastnostem a prioritám obou aktérů tuto krizovou situaci chápali.

Graf č. 4: Finální aktivita



Legenda: na ose x jsou znázorněny dny společné práce (od února do června 2011), na ose y jsou znázorněny body 0–7, které od 0 k 7 značí trend v intenzitě.

Graf znázorňuje finální aktivity skupiny. Z počátečních obav, pramenících z neznalosti problematiky, se vyvinula výrazná kladná reakce. Tato prudká kladná reakce, po dosažení vrcholu ve velmi krátkém časovém horizontu, pozvolna klesá, ale ve finální podobě má její tendence stav setrvalý. Lze usuzovat, že po návyku provádění hudebních programů bude mít stoupající a kvalitativní progresi. Klienti po prvních pozitivních účincích vlastních aktivit

začali být vnímavější a průkazně jejich introspekce nabývala kvalit, které přispívaly k motivaci pro další vlastní práci vedoucí k výsledkům v domácích i skupinových aktivitách prováděných co nejsamostatněji (viz dále).

B) Obraz sledovaného klienta

Autorka práce v roli edukátora navázala bližší kontakt s paní Emou, ženou trpící Parkinsonovou nemocí, ve věku 72 let, kterou doprovázela po celou dobu 10 měsíců. Veškeré informace týkající se jejího života byly získávány postupně, formou rozhovorů v průběhu pravidelných setkávání a prostřednictvím telefonické a emailové komunikace. Paní Ema se ochotně a s radostí zapojila do hudebně edukačního procesu, zaujala svou skromností a zdravým sebeprosazováním, ochotou porozumět a pomoci. Z osobní historie paní Emy lze poukázat na utváření méně sebevědomé osobnosti paní Emy, toužila být asertivnější v situacích tlaku. Ve svém životě inklinovala vždy k hudbě.

Klientka měla Parkinsonovu nemoc diagnostikovanou od svých 69 let, první příznaky nemoci se objevily v prosinci roku 2008, trápil ji třes v rukách, větší třes v levé ruce, při nošení nákupu, v roce 2009 byl zahájen začátek léčby, dostala se do péče neurologa, nyní je paní Emě 73 let. Medikamentozní léčba (Godasal, Izikom, Citaleg) – ráno-poledne-večer má efekt a neprojevují se výraznější vedlejší účinky. Paní Ema v průběhu života podstoupila několik operací, které by díky zátěži narkóz mohly přispět k Parkinsonově nemoci. V dětství prožila úmrtí své vlastní matky, nepřijetí nevlastní matkou, rozpad manželství, a s tím související emoční zranění. Tato situace prožívaná v dětství formovala osobnostní charakteristiky paní Emy, z výpovědí vyplývá, že je již od dětství méně emočně stabilní, je citlivým a společenským člověkem, ale současně má i snížené sebevědomí, a s velkou pravděpodobností má její prožívání úzkostně – depresivní povahu (viz dále). Ke zdravotním problémům mohla také přispět nesčetnost stresových a krizových situací v průběhu života. Paní Ema je velmi obětavá, ale v zátěži – po onemocnění druhého manžela, se lze domnívat, že se rozvinula její pohotovost úzkostně reagovat do „panické poruchy“. Ale současně lze usuzovat, že druhý manžel, který trpí narkolepsií, je citlivější i pro zdravotní problémy paní Emy. Není vyloučeno, že toto poměrně dlouhé období potíží s úzkostnými a panickými stavy souvisí i s nepříznivou hormonální i dopaminovou produkcí. Ta by pak mohla mít vliv, nejméně jako spouštěč, na rozvoj Parkinsonovy nemoci u klientky. Její nemoc nezaznamenává progresi, je vyváženě medikována a má dobré rodinné zázemí. I tato skutečnost jistě nemalou měrou přispěla k mírnějšímu průběhu onemocnění.

Paní Ema v současné době studovala Univerzitu 3. věku, obor – klasická archeologie. Jsou hudební rodina, dcera hraje na cembalo, její muž je také hudebník, věnoval se závodně tancům jako je rumba a samba, velmi rádi si spolu, i doma, zatančí. Paní Ema poslouchá dceřiny nahrávky hry na cembalo na CD, které na ni působí uklidňujícím dojmem. Paní Ema je aktivní, cítí se lépe, když je činná, nerada zahálí. Vnímá, že pohyb, a hlavně pohyb na hudbu, jí pomáhá na zlepšení motorických příznaků. V rámci aktivit pořádaných Klubem Parkinsoniků navštěvuje logopedii, chodí plavat, je pravidelně účastna hudebních setkání, ráda chodí cvičit do Sokola. Zjišťuje, že cvičení jí pomáhá pro zlepšení zdravotního stavu.

Paní Ema je hudebně nadaná, rytmus vnímá nejen v rychlých skladbách, ale i v tancích s nepravidelným tempem, i ve skladbách pomalých, relaxačních, v blues. Velmi ráda poslouchá klasickou hudbu – Johanna Sebastiana Bacha, Ludwiga van Beethovena, Petra Iljiče Čajkovského. S radostí si poslechne ale i hudbu Karla Zicha, Nadi Urbánkovou, jazz a swing, a od Petra Iljiče Čajkovského nejraději poslouchá Koncert b-moll pro klavír a orchestr.

Tremor (třes) rukou ji omezuje převážně v levé horní končetině, objevuje se v klidu, postihuje s převahou prsty a zápěstí horních končetin; objevuje se bradykineze, zpomalenost pohybů; tuhnutí svalů obličeje způsobuje v menší míře řečové obtíže, řeč je tichá, monotónní, chybí poněkud mimika obličeje. Hudba tak představuje jemnou vnější stimulaci, která tyto projevy odstraňuje.

K posouzení prožitkové spokojenosti klientky bylo použito (pro doplnění) dotazníkového šetření – pomocí dotazníku „Kvalita prožívání radosti a spokojenosti ze života“, jejímž autorem je J. Endicott. Autorkami české verze jsou E. Libigerová a H. Mullerová. Dotazník poskytuje celkový pohled a životní aktuální spokojenost jedince. Sledováno bylo období prázdnin klientky.

Z dotazníku vyplynulo, že z hlediska celkové aktivity se paní Ema zcela bez obtíží, bolestí a odpočínutá cítila jen někdy a ve výborné fyzické kondici vůbec nikdy. Jistotu v pohybech cítila jen někdy, není závislá na pomoci druhých, většinou se cítí být v psychickém komfortu, je schopna zvládat svoje životní problémy a postarat se o sebe a o nemocného manžela. Většinou se dokáže i sama rozhodovat. Má zájem o svůj vzhled (účes – pravidelně navštěvuje kadeřníka, výběr oblečení a osobní hygienu), cítí se schopná zařídit si potřebné věci mimo domov (pěšky, metrem, autobusem, tramvají). Péči o domácnost zvládá, ale dost často se

zvýšeným stresem. K využití volného času řadí sledování televize, čtení novin, časopisů, návštěvy koncertů, divadla, různých kroužků v rámci klubu (jak již bylo uvedeno) – logopedie, plavání, muzikoterapie, cvičení v Sokole. Velmi často, nebo většinou, má z těchto aktivit radost. Na své záliby a koníčky se těší předem. Většinou je schopna soustředit se a koníčkům se plně věnovat, koníčky udržují její zájem o život. Pokud se vyskytne nějaký problém, zřídka ho dokáže řešit bez stresu. Mnohé činnosti představují pro paní Emu zátěž, ale dělá vše s „radostí“. Nerada plánuje předem, svazuje ji to a stresuje. Cení si vztahů založených na důvěře, povrchní vztahy separuje ze svého života, nemá potřebu těchto vztahů. Dost často „ji trápí lidská hloupost a omezenost“. V souhrnu obecných aktivit a činností je spokojena se svou schopností pracovat, se svou náladou a s využitím volného času. Částečná spokojenost je zapříčiněna právě symptomy Parkinsonovy nemoci. Klientka trpí závratěmi, pocity nejistoty při pohybu, neurovegetativními problémy, poruchami spánku, je přítomen sklon k úzkostnému a depresivnímu reagování, udává i potíže v sexuálním životě a tíží ji až nadměrná starostlivost o životy svých blízkých, hlavně vnuků.

Vyplněný dotazník byl vložen jako Příloha C.

Klientka s poměrně závažnou i psychosociálně zátěžovou anamnézou, paní Ema, je přesto společenská a snaží se zapojovat do sociálních aktivit. Jako příklad je uveden rekondiční pobyt, o kterém paní Ema říká: „Je srdeční záležitostí“. „V rekondičním pobytu, který trvá 10 dní a kde jsou přítomni i členové rodin „Parkinsoniků“, je prostě každý den „aktivní“, jsou realizovány poměrně náročné programy“, spokojeně vyjadřuje paní Ema. Paní Ema byla účastna rekondičního pobytu i se svým manželem. A i přesto, že pobyt komplikovaly zdravotní potíže jejího manžela, dny „rekondic“ si užila a cítila se mezi těmito lidmi spokojeně.

Podobně i zapojování se do aktivit v rámci setkání hudebně reedukačních je setrvalé a angažované. Paní Ema je aktivní a vstřícná při sestavování denních hudebních aktivit.

Individuální hudební program paní Emy má tuto podobu (tabulka):

RÁNO	<p>RÁNO – před snídaní se vykoupe, zacvičí si – provádí tyto cviky za doprovodu hudby z rádia: dechová aktivita + nohy – sed na židli, nohy natažené a střídá špičky nahoru dolů, navazují pohupy nohou pata-špička ve stoje, předpažení rukou a střídání pohybu – zavřít ruce v pěst a natáhnout prsty, vzpažit a předpažit, následuje „zobání“ – palec střídavě ke všem prstům dvakrát tam a zpět – každou rukou zvlášť, oběma najednou – jde hůře, hůře jde i samostatně LHK (zde se objevuje třes markantněji); následuje medikace a snídaně.</p> <p>„RAPOVÁNÍ“ provádí již při ranní hygieně a při přípravě snídaně – jdu se u-mýt, vy-čis-tit si zu-by...vez-mu más-lo, na-ma-žu..., na-ka-pu mu-ži do o-čí... atd., má ale radši pochodový styl než rapování; ráno, když „rapuje“ a „poskakuje“, zjistila, že se jí uvolňuje páteř a už tak nebolí.</p>
DOPOLEDNE	<p>BRUMENDO – bručení, mručení + tichá řeč,</p> <p>„mručí“ ale i příležitostně během celého dne,</p> <p>„tap ta dap“ – v rytmu srdce – chůze a vytleskávání,</p> <p>„tichou mluvou“ říkadlo „Vašek Pašek...“ a jiná říkadla, poté rytmizace nahlas + hra na tělo, poté melodizace (vlastní melodie, momentální, spontánní).</p> <p>Když jde na nákup, cestou si pobrukuje – např. poslední slyšenou melodii v rádiu.</p>
ODPOLEDNE	<p>Poslech momentální hudby v rádiu ji „zvedne“ k tanci.</p> <p>ODPOLEDNE – relaxační poslech hudby – klasická hudba od Johanna Sebastiana Bacha – skladby: Menuet a-moll, Menuet d-moll, Choral-e-moll, Sólo pro Cembalo a Polonéza d-moll; od Ludwiga van Beethovena – skladby: imponuje ji 9. symfonie zvaná též Beethovena devátá, od Petra Iljiče Čajkovského má v oblibě nejznámější skladbu</p>

VEČER	<p>Koncert b-moll pro klavír a orchestr, ráda ho poslouchá.</p> <p>Má také ráda jazz i swing – poslouchá tyto melodie s mužem – vytřukávají si spolu rytmus na stole, přidávají i nohy a dále:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ dávají si s mužem kvíz – on začne zpívat, navodí melodii, ona se přidává, ▪ nahrané skladby dceřiny hry na cembalo na CD poslouchá odpoledne a velice pozitivně na ni působí, alikvótní tóny cembala jsou velice léčivé, již zmíněno výše, ▪ ráda si poslechne i „Zicha“, „Urbánkovou“, ▪ vyjádření prožitku v tanečních kreacích (i s mužem) – na rytmické podněty a hudbu + hra na bicí nástroj. <p>VEČER SLEDUJE TELEVIZI A PÍŠE SI DENÍČEK.</p>
-------	---

Paní Ema se vyjadřuje: „Špatný den se projevuje „v myšlení“, nemůžu si vzpomenout na známá jména“. Během dne si nejlépe odpočine krátkým spánkem po obědě.

Hudební aktivity modifikuje dle emočních prožitků, dle celkové nálady. Paní Ema říká: „Individuální hudební program nelze striktně dodržet“. Hudbu Johanna Sebastiana Bacha vnímá zvláštním stimulujícím způsobem – říká: „Je to hudba, jako by někdo „psal na psacím stroji“, je rytmizující“. „Když mám splín, poslechnu si „dávku“ Koncertu b-moll pro klavír a orchestr Petra Iljiče Čajkovského“, prozrazuje paní Ema. „Když si jen tak „zatrdluju“ při hudbě, na kterou mám náladu“, říkám tomu „hudební bláznění“. „Když slyším rytmickou hudbu, ráda si hned „zahopsám“, ale i baletění mi není proti mysli“, říká s úsměvem paní Ema. „Několikrát za den „mručím“, a to považuji za pozitivní.“ Protože jsou hudební rodina, jak už bylo řečeno výše, muž často zpívá, paní Ema se přidává a zpívají třeba dvojhlasně.

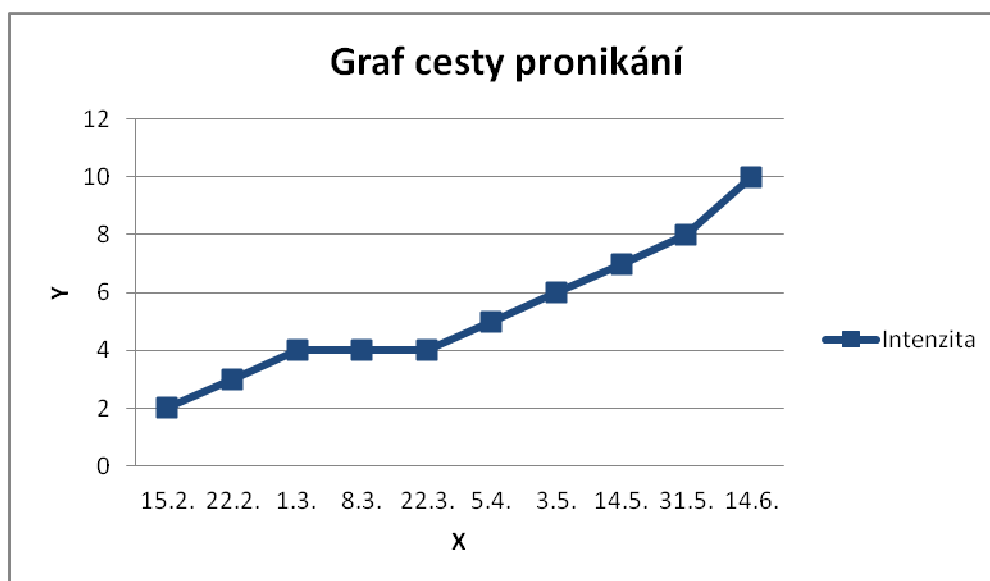
V den, kdy probíhají lekce hudební reedukace „si chválí“ klientka své naladění, večer už jen touží po relaxační hudbě. Při aktivitách se „donutí jít i přes bolest“. V průběhu dne vlastně stále zní paní Emě nějaké melodie, začíná to už po probuzení. Vypovídá: „Je těžké hudební program „paušalizovat“, hudební program je spíše „vědecká abstrakce“, ne tabulková, má

kostru toho, kdy která hudba zabere, také záleží, jak se ten den cítím = *každý den jinak*“. „Lidé se nedají „nacpat“ do tabulek, není to o neukázněnosti, že bychom něco nechtěli dodržet nebo splnit, ale o invenci a spontánním hledání svých vhodných hudebních tvarů“, dokresluje slovy paní Ema. Každý den je u paní Emy jiný, s jinými aktivitami, ale hudební program, který jsem uvedla, se snaží „dodržovat“.

Výpovědi klientky svědčí bezesporu o kreativitě a hudebním nadání. Spolupráce s hudebně nadaným klientem, který navíc žije v hudebním prostředí své rodiny, přinášela své výhody. Paní Ema byla velmi vhodným klientem, u kterého celoživotně a spontánně hudba prolíná jeho každodenním životem. Navíc je hudba realizovaná i dalšími členy rodiny – nejen manžel je hudebník, ale především dcera, která je profesionální cembalistkou a poslech hry na cembalo působí aktivačně, a současně má uklidňující vliv, cembalová hra je vhodná pro aktivaci činnosti CNS právě u jedinců s Parkinsonovou nemocí. Vzniká otázka – bylo během 10měsíční práce s touto klientkou vůbec možné, aby se nějak významněji projevil vliv hudebních aktivit za podpůrného vedení edukátorem? Na základě objektivního pozorování motorických projevů klientky a na základě jejích výpovědí a reflektování v jejích denících bylo zjištěno, že zlepšení je možno konstatovat ve dvou oblastech: byla zlepšena pohyblivost klientky – především jistota v pohybu, chůze byla jistější, ustoupily závratě a třes v levé horní končetině, jistěji uchopovala předměty. Zlepšily se i non-motorické projevy neurovegetativní, zlepšila se kvalita spánku a emoční stabilita a sebejistota. Stoupající sebevědomí mělo pozitivní vliv i na její motorické funkce. Dalo by se přijmout tvrzení, že produkce dopaminu, která se zvýšila vlivem odstranění úzkosti a depresivního ladění, se projevilo i na motorické úrovni.

Právě zde je možné vnímat u paní Emy zlom. Klientka se stala během 10měsíční práce samostatnější, kognitivně rozhodnější a dokázala daleko lépe rozhodovat sama za sebe a věnovat se i svým vlastním potřebám. Vnímání hudby a kreativita klientky při hudebních aktivitách se velmi významně zlepšila právě pod vlivem skupinového dění a pod vlivem vztahu edukátor–klient. Za podpory edukátora si pozvolna více uvědomovala, jakou má ona sama cenu pro druhé členy skupiny. Do skupiny vnášela hudební invenci a psychosociální podporu ostatním členům.

Graf č. 5: Graf cesty pronikání



Legenda: na ose x jsou znázorněny dny společné práce (od února do června 2011), na ose y jsou znázorněny body 0–12, které od 0 k 12 značí vzestupný trend v intenzitě.

Následný graf ukazuje na skutečnost pronikání a vzájemnou kohezi klienta a edukátora při spolupráci na individuálním hudebním programu, který byl cíleně individuálně tvořen pro jednotlivé klienty zúčastněné v projektu, a který směřoval ke zkvalitnění jejich života, jež byl ztížen Parkinsonovou chorobou.

Tímto grafem byl vyjádřen subjektivní pohled edukátora na vývoj vzájemné kooperace mezi ním a klientem. Křivka grafu signalizuje vývoj s převážně stoupající tendencí, určitá stagnace vzestupného procesu souvisela s nedostatkem času klienta z důvodu péče o nemocného manžela. Cesty otevírání se klienta edukátorovi a skupině a i cesty pronikání k osobnostnímu jádru klientky, k tématům, které jsou pro ni velmi významné, měly setrvale stoupající charakter.

Prvotní nedůvěra a očekávání vyústily v přijetí hudebních aktivit a stanovení individuálních hudebních programů.

Následné grafy již zachycují jednotlivé klienty po celou dobu empirického šetření 10 měsíců, zachycují popis jednotlivých klientů ve třech liniích – se zaměřením na motorické projevy, psychosociální podporu a samostatnost.

C) Porovnávání (popis) jednotlivců ve skupině

K tomu, aby mohl být přesněji zhodnocen vliv hudebních aktivit na jedince s Parkinsonovou nemocí, jsou v následující kapitole krátce představeni všichni trvalí členové skupiny.

Dění ve skupině se nejdříve orientovalo na uspokojení psychosociálních potřeb, posléze na zájem o motoriku, která byla podporována hudebními aktivitami a až poté, co jednotliví členové referují o efektu hudebních aktivit, se zvyšovala a byla zaznamenána samostatnost jednotlivců ve skupině i v domácích aktivitách – samostatná kreativita, vytrvalost při hudebních aktivitách a pracovní zacílenost. Každý člen skupiny, vyjma jednoho člena (viz výše), po určité době vnímal, že se může skupině svěřit a že bude skupinou emočně podpořen, a současně bude mít zájem poskytovat podporu druhým. Jednotliví členové se ve skupině svěřují se svými obtížemi, „trablemi“ ale i úspěchy, učí se vzájemnému naslouchání a empatii, a tak vzniká koheze skupiny a současně s ní i zpětné vazby, které podporují realitní reflexi.

Skupina jedinců s Parkinsonovou nemocí hned od počátku imponovala jako skupina aktivních lidí. Nicméně dosažení toho, aby skupina představovala pracovní prostředí, bylo třeba pravidelnosti setkávání se stálými členy, postupně se utvářela důvěra ve skupině, řešily se problémy mezi dominantními a submisivními členy skupiny. Tento proces vyvažování skupinové dynamiky trval v počátečních setkáváních a po odeznění těchto fází se začali submisivní členové více prosazovat (viz výše). Skupina se ustálila a vytvořila velmi systematicky pracující skupinu.

Autorka práce v této kapitole uvádí popis jednotlivých klientů ve třech liniích:

1. linie – zaměření se na motorické projevy ve smyslu symptomů
2. linie vztahu - psychosociální potřeby – psychosociální podpora
3. linie – samostatnost posuzovaná jako samostatnost v domácích hudebních aktivitách

Motorické projevy jsou u klientů s Parkinsonovou nemocí negativně poznamenány. Sledujeme proto zřetelnost a projevy symptomů. Klienti ale nejprve očekávali emoční přijetí a poté jsou schopni přijmout hudební aktivity s postupným osamostatňováním.

Popis hodnotící škály pro oblast motorických symptomů:

Porovnáním motorických symptomů mezi jednotlivými členy skupiny byly týmem edukátorů a supervizorů stanoveny počáteční body vyjadřující manifestaci motorických symptomů u jednotlivých členů skupiny. Výkyvy u jednotlivce v čase jsou pak směrem k bodu 5 či 1 hodnoceny pomocí ratingové metody (Skopal, 2007, s. 49). Výkyv nad 5 znamená takovou manifestaci příznaků, že klient sledované skupiny není natolik mobilní, aby se dostavil na skupinu. Výkyv pod bod 1,5 znamená jedince bez přítomnosti symptomů Parkinsonovy nemoci.

Oblast hodnotící škály pro uvědomění psychosociálního významu skupiny:

V této oblasti jde o vlastní podporu psychosociálního uspokojení klienta, kterou pomocí grafické posuzovací škály edukátor dle svých pozorování a zápisků zaznamenává pomocí číselných údajů následujícím způsobem: škála od bodu 3 do bodu 5 znázorňuje míru potřeby (zvyšující se k bodu 5) psychosociálního uspokojení klienta, kterou klient vnímá, ale doposud nemá zkušenost, že skupina je jistícím psychosociálním prostorem k uspokojování psychosociálních potřeb. Bodové hodnocení od 3 k 1 znázorňuje míru vlastní potřeby psychosociálního uspokojení klienta, kterou klient vnímá, a zároveň má zkušenost, že skupina je jistícím psychosociálním prostředím (směr k bodu 1 znamená vyšší míru této zkušenosti).

Oblast samostatnosti klienta:

Na škálu typu Likertovy škály (Skopal 2007, s. 50) je zaznamenávána míra samostatnosti klienta takto:

- 1 – naprosto nesamostatný
- 2 – nesamostatný
- 3 – ani nesamostatný, ani samostatný
- 4 – samostatný
- 5 – velmi samostatný

Tyto škály jsou krátce připomenuty u grafu každého klienta následující hodnotící tabulkou. Tabulka má urychlit orientaci čtenáře ve významu dosažených hodnot.

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší	<			nejvyšší
uvědomění si psychosociálního významu skupiny	nejvyšší	>			nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostat.	nesamostat.	průměrně samostatný	samostatný	velmi samostatný

V následujícím textu autorka práce popíše charakteristiky každého z členů skupiny, dle vlastního posouzení formou tabulky, grafu, exemplifikací a krátké případové ilustrace.

Ilustrace č. 1

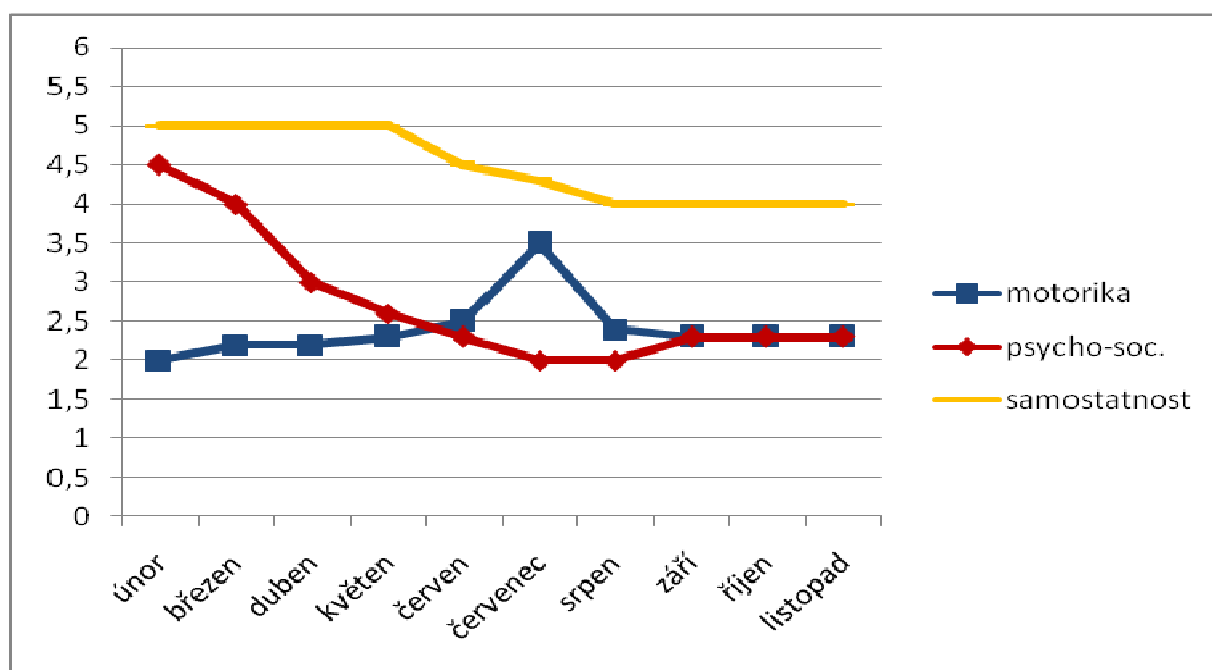
Paní Anna byla vůdčí osobností skupiny a jednou z nejaktivnějších členů skupiny. Zpočátku byla jedním z aktérů krizových situací ve skupině v prosazování svých vlastních aktivit na úkor zájmu celé skupiny. Byla samostatná, uvítala však psychosociální podporu ze strany svého edukátora, s kterým byla ve velmi úzkém kontaktu. Anna první symptomy Parkinsonovy nemoci zaznamenala sama na sobě již v 15 letech, diagnóza byla lékaři potvrzena ve 20 letech. V jejím případě se tedy jedná o juvenilní typ, tzn. choroba postihující mladý věk. Klientka s touto chorobou bojuje většinu svého života. Uvádí, že největší potíží, kterou trpí v důsledku této nemoci, je častá, melancholická až depresivní, lítostivá nálada. Jsou to jedny z non-motorických symptomů, které jsou kolikrát hůře ovlivnitelné než příznaky motorické. V poslední době se jí zhoršil stav pohybového aparátu. Mívá potíže s rovnováhou, celkovou stabilitou, svalovou ztuhlostí, přidávají se problémy s dolními končetinami. V mírné formě se objevuje tremor. V závislosti na medikaci se objevuje občasná svalová ztuhlost, akineze a posturální synkineze, strnutí trupu a šíje, objevují se pulze, pohybová blokáda (freezing) i festinace (postupné zrychlování kroků). Z non-motorických funkcí kromě již uvedených úzkostí a depresí, trpí poruchami spánku, obstipací. Motorické příznaky jsou pro klientku sužující, ale nejsou vedoucími příznaky. Převažují příznaky non-motorické. Řeč je adekvátně funkční, podobně jsou zachovány hudební projevy řeči. Je vedena v péči neurologa, velmi vyváženě medikována a díky vhodné medikaci netrpí mimovolními pohyby, její chůze je plynulá.

Tabulka č. 1

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
motorika	2	2,2	2,2	2,3	2,5	3,5	2,4	2,3	2,3	2,3
psycho-soc.	4,5	4	3	2,6	2,3	2	2	2,3	2,3	2,3
samostatnost	5	5	5	5	4,5	4,3	4	4	4	4

hodnotící škála	1	2	3	4	5
motorika	nejlepší	lepší	průměr	horší	nejhorší
psycho-sociální	nejlepší	lepší	průměr	horší	nejhorší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný

Graf č. 1: Graf – Anna



Pozorovaný popis zlepšení kvality života u paní Anny:

Povaha zlepšení kvality života u této ženy byla shledána, během 10měsíčního programu, především v ústupu závratí a ve schopnosti emočně stabilněji reagovat na zátěžové, a to velmi náročné, životní události.

Ilustrace č. 2

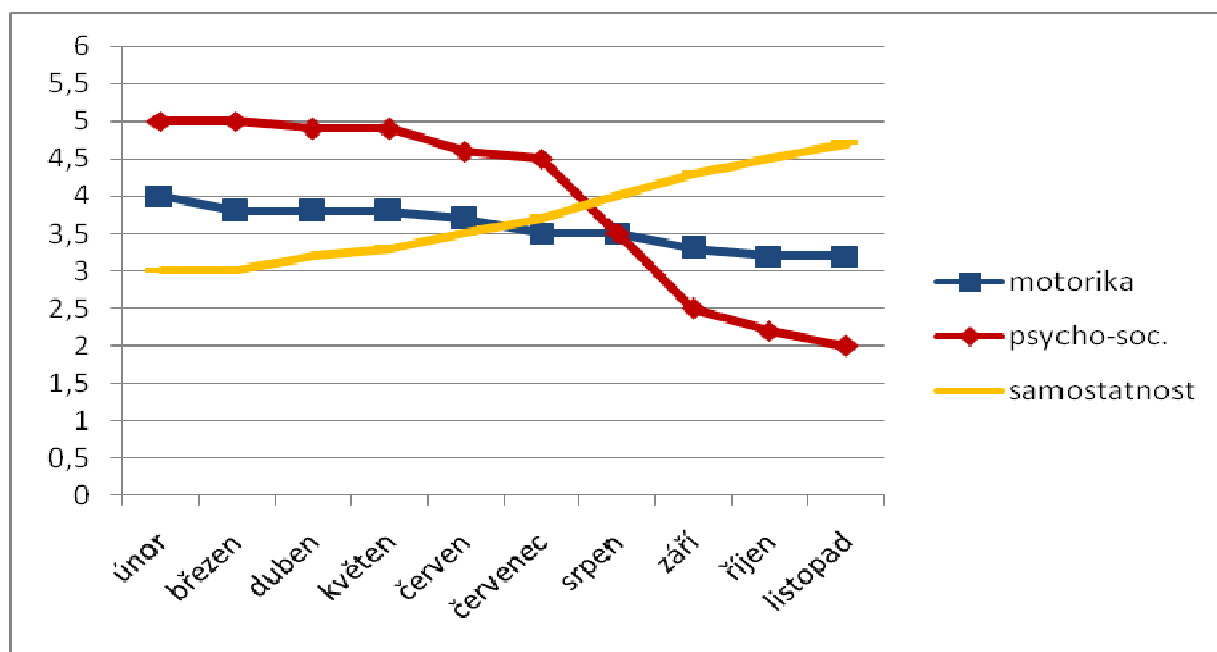
Paní Dianě je kolem šedesáti let. Parkinsonovou nemocí trpí přibližně deset let. Ona sama spojuje začátek nemoci s výraznou psychickou zátěží, kterou způsobil odchod dětí z rodiny, kdy v té době žila ve velké nejistotě a strachu o své děti. Každé ráno trpí ztuhlostí celého těla, má velké problémy vstát a „rozhýbat se“. Bez pravidelného cvičení je pohyblivost velmi omezená. Cvičí na hudbu, kterou právě hrají v rádiu. Zdravotní stav je ovlivněn počasím i ročním obdobím. Často pociťuje bolest dolních končetin a má časté zárazy v chůzi, tzn. freezing, chůze je pomalá, ale jistá. Postoj je mírně v předklonu, má kulatá záda, potíže s rovnováhou a stabilitou. Diana se pravidelně a ráda zúčastnila všech hudebních aktivit ve skupině. Zúčastňuje se a podílí na všech aktivitách klubu, účastní se rehabilitačních pobytů, plavání, dochází na logopedii, zúčastnila se taktéž výročního výstupu na Říp, přestože má, stejně jako Jana, problém s pohybem a chůzí. Ve skupině působí spíše tichým, zpočátku až ustrašeným a nejistým dojmem, ale je-li vyzvána k aktivitě, se zájmem se účastní. I přes svá omezení pohybu rukou je manuálně zručná, kreativní, vyrábí různými technikami papírová přáníčka a obdarovává celou skupinu, a to jí přináší radost a uspokojení.

Tabulka č. 2

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
motorika	4	3,8	3,8	3,8	3,7	3,5	3,5	3,3	3,2	3,2
psycho-soc.	5	5	4,9	4,9	4,6	4,5	3,5	2,5	2,2	2
samostatnost	3	3	3,2	3,3	3,5	3,7	4	4,3	4,5	4,7

hodnotící škála	1	2	3	4	5
motorika	nejlepší	lepší	průměr	horší	nejhorší
psycho-sociální	nejlepší	lepší	průměr	horší	nejhorší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný

Graf č. 2: Graf – Diana



Pozorovaný popis zlepšení kvality života u paní Diany:

U paní Diany vykazují hudební aktivity efekt v motorice. Lze pozorovat zlepšení na úrovni motorické – začátky pohybu jsou jistější, nedochází tak často ke ztuhlosti mimo domov, upravuje se překotná mluva. Na úrovni psychosociální se především posiluje u této klientky sebevědomí, tím si umí i lépe vymezit čas sama pro sebe a své hudební aktivity, cítí se být užitečná, pokud může svými výrobky obdarovat ostatní ze skupiny, čímž se opět posiluje její sebevědomí.

Ilustrace č. 3

Paní Jana, které je necelých sedmdesát let, měla Parkinsonovu nemoc diagnostikovanou ve svých 60 letech., kdy se objevily první příznaky. Trápila ji intenzivní bolest ramene a posléze

celé pravé paže. Rehabilitační péče byla bezvýsledná, z vyšetření na neurologii vyplynul závěr – diagnóza Parkinsonovy nemoci s progresivním charakterem, během čtyř měsíců se přidružovaly jednotlivé příznaky. Ve skupině se klientka chovala spíše plaše, zůstávala vždy v pozadí, nevěřila si a stala se jakýmsi pozorovatelem. Byla milá, naprosto nekonfliktní, do průběhu hudebních aktivit se zapojovala ráda a pravidelně. Potřebovala citlivou sociální podporu. Vzhledem k vážnějšímu zdravotnímu stavu se zapojovala krátkodobě a častěji odpočívala. Velkou překážkou při hudebních aktivitách byly výkyvy její nemoci. Příznaky nemoci ji značně omezovaly, dominantně se projevíly v oblasti rigidity a bradykineze. Rigidita byla pozorována ztuhlostí svalů v dolní polovině těla, což bylo projevem ztíženého pohybu dolních končetin, obtížnou a někdy i znemožněnou chůzí. Částečně toto omezení způsobovala medikace. Kvalita pohybu byla výrazně závislá na medikamentózní léčbě, ale často se objevovaly pohybové „blokády“. L-Dopa může bohužel způsobit ještě větší ztuhlost v určitém časovém úseku po přímém požití. Stojí za zmínku poznatek o negativním ovlivnění léku L-DOPA u paní Jany při jednom ze setkání. Paní Janu se podařilo rozhýbat dle rad paní Shelley Peterman Schwarz, která uvádí ve své knize (viz teoretická část) radu – postavit se čelem k pacientovi, uchopit ho za ruce a jemně střídavě kývat rukama nahoru dolů, lehce se pohoupávat dopředu dozadu. Paní Jana se pozvolna skutečně rozhýbala. Měla radost, i když ten den výrazně „zatuhávala“ a byla na tom s pohyblivostí skutečně špatně. Z pozorování – viditelně je držení těla paní Jany nepřirozené, flekní. Pozorována byla výrazná posturální porucha, což způsobovalo výrazné a obtížné udržení stability ve stoji, ale také při chůzi, chůze se vyznačovala „šouravými“ kroky. Výrazně se projevovala hypomimie ve svalech v obličejové části, problémy v oblasti řeči s průvodními znaky hypofonie a aprosodie. Z non-motorických příznaků se objevovaly deprese, a to s sebou přinášelo zhoršení fyzického stavu.

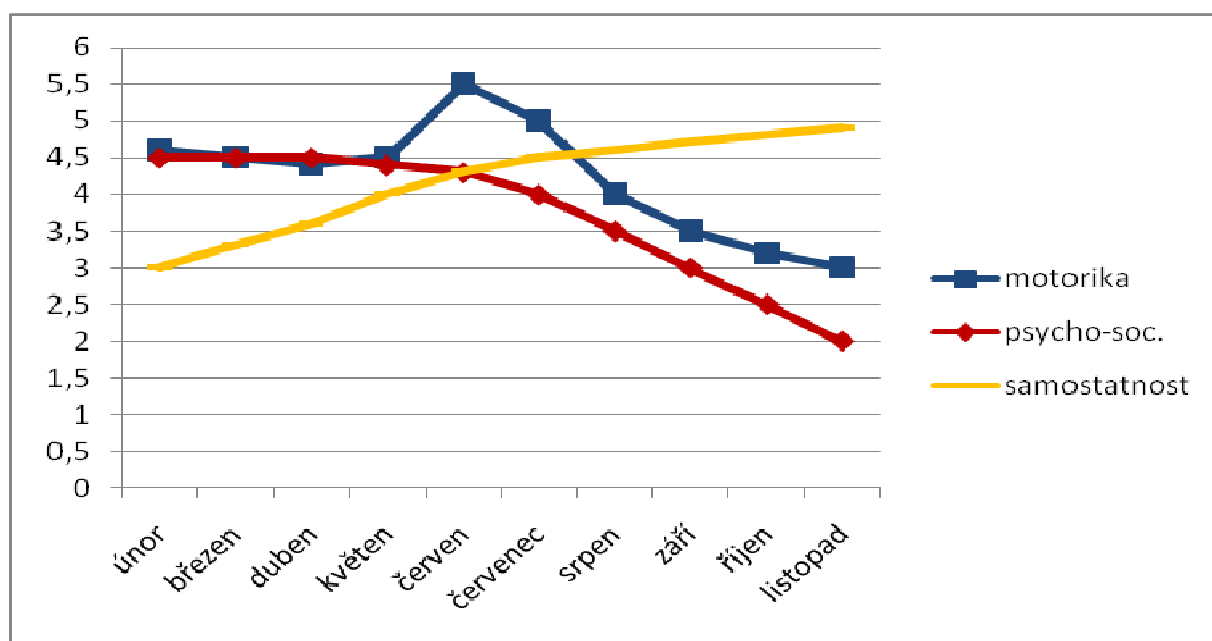
Její nemoc v negativním slova smyslu ve velké míře ovlivňovaly náročné životní situace. Dcera „neměla pochopení“, co vůbec nemoc obnáší, a jak její mamince ztěžuje život. Pozitivní stránkou byla radost z vnoučete, kterého si ovšem také klientka „naplno neužívala“. Z toho by se dalo usuzovat, že se všeobecně ostýchala přijímat pomoc, vždyť dle slov dcery by měla být soběstačná. S tím také souvisí fakt, že zpočátku odmítala smířit se s tím, že onemocněla Parkinsonovou nemocí. Je to pochopitelné, obávala se budoucnosti, jelikož cítila a věděla, že nemá vedle sebe člověka, o kterého by se mohla opřít, obzvlášť v nemoci, která těžké chvíle přináší. Oporu našla v týmu edukátorů a ve skupině.

Tabulka č. 3

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
motorika	4,6	4,5	4,4	4,5	5,5	5	4	3,5	3,2	3
psycho-soc.	4,5	4,5	4,5	4,4	4,3	4	3,5	3	2,5	2
samostatnost	3	3,3	3,6	4	4,3	4,5	4,6	4,7	4,8	4,9

hodnotící škála	1	2	3	4	5
motorika	nejlepší	lepší	průměr	horší	nejhorší
psycho-sociální	nejlepší	lepší	průměr	horší	nejhorší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný

Graf č. 3: Graf – Jana



Pozorovaný popis zlepšení kvality života u paní Jany:

Psychosociální podpora, fáze motoriky i samostatnost jednoznačně závisí na momentálním zdravotním stavu, paní Jana se snažila na sobě pracovat, postupně se začala zapojovat i do ostatních aktivit klubu, zúčastnila se i výstupu na Říp. Hudební aktivity ukazovaly patrné změny, klientka uváděla zlepšení motorických funkcí po provedené hudební aktivitě a celkové psychické pozitivní nastavení. Především bylo posíleno sebevědomí klientky a její schopnost se rozhodovat, určit a plánovat zátěž a svůj čas.

Ilustrace č. 4

Autorkou práce sledovaný klient paní Ema měla nemoc diagnostikovanu ve svých 69 letech, prvé příznaky nemoci se objevily v prosinci roku 2008, trápil ji třes v rukách, markantněji v levé horní končetině, při nošení nákupu. V roce 2009 byl zahájen začátek léčby, dostala se do péče neurologa. Od té doby až doposud nezaznamenává progresi své nemoci. Ona sama spojuje propuknutí nemoci s nesčetností stresových a krizových situací v průběhu života. Podstoupila také několik operací, které by díky zátěži narkóz mohly též přispět k Parkinsonově nemoci. Má oporu v rodině a tato skutečnost jistě nemalou měrou přispěla k mírnějšímu průběhu onemocnění. Paní Ema má nejmírnější příznaky nemoci z celé skupiny. Medikaci snáší dobře. Tremor (třes) rukou ji omezuje převážně v levé horní končetině, objevuje se v klidu, postihuje s převahou prsty a zápěstí horních končetin, ale i celou končetinu. Objevuje se bradykineze, zpomalenost pohybů, tuhnutí svalů obličeje způsobuje v menší míře řečové obtíže. Obavy a očekávání v počátku skupinových setkávání vyžadovaly psychosociální podporu, nyní je samostatná jak ve skupině, tak i v domácích aktivitách. Samostatnost vzrůstala, přesto s edukátorem setrvala stále ve velmi úzkém kontaktu. Hudební aktivity jí přinášejí pozitivní emoční ladění a zmírnění motorických příznaků. Zlepšení motorických symptomů bylo vidět především při kontrole pohybů rukou, která byla prováděna při každém sezení skupiny. Cviky byly prováděny při hudbě každou rukou zvlášť, oběma najednou nebo každá ruka měla provádět jiný cvik, což už bylo ke splnění náročnější. *Snímány byly například tyto pohyby:* zavřít a otevřít pěst, jednotlivé prsty střídavě poťukávat s palcem ruky, kroužení zápěstí, opis ležaté osmičky. Ve skupině byla paní Ema oblíbená, se zájmem a ochotou se zapojovala do skupinových aktivit, vnášela do skupiny pohodu a vyrovnanost. K práci s hudbou měla nejbližší, jsou hudební rodina, kdy dcera hraje na cembalo, které „vyluzuje“ alikvotní léčivé tóny a její nahrávky Ema poslouchá, a co je

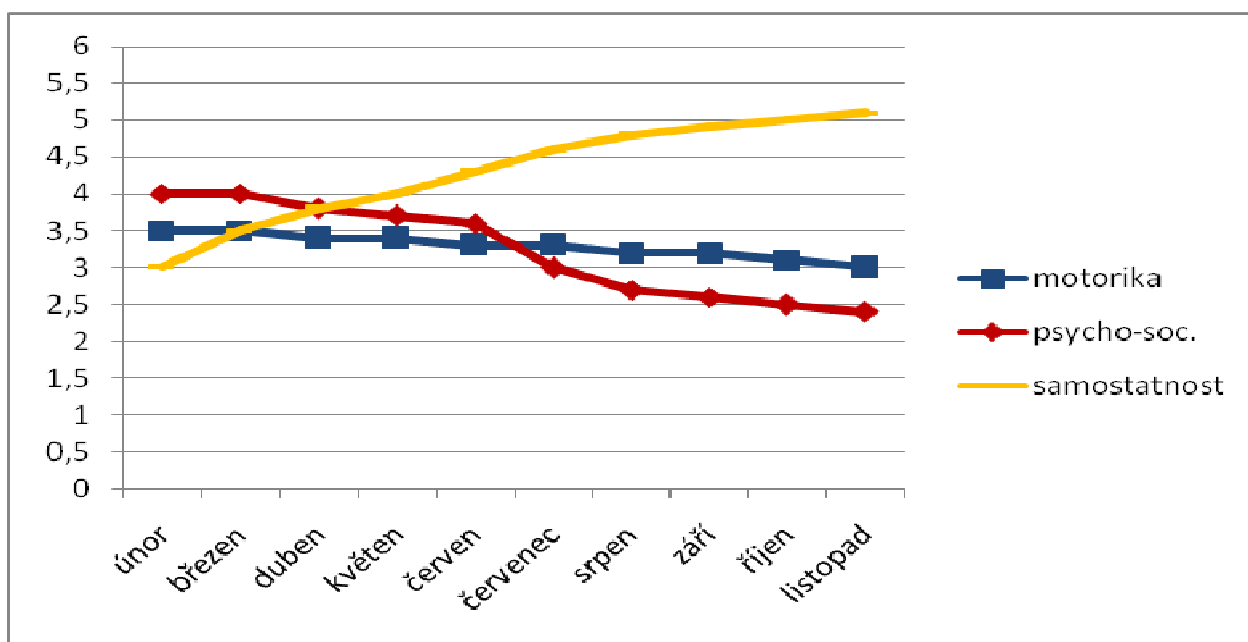
důležité, tato hudba pomáhá ke zmírnění motorických příznaků. Rytmus vnímá i v pomalé hudbě, má ráda klasickou hudbu od Ludwiga van Beethovena, Johanna Sebastiana Bacha a Petra Iljiče Čajkovského, poslechne si i Karla Zicha a Nad'u Urbánkovou, jazz a swing. Od Petra Iljiče Čajkovského nejraději poslouchá „Koncert b-moll pro klavír a orchestr“, od Ludwiga van Beethovena má v oblibě „Beethovenu devátou“ a Johann Sebastian Bach ji imponuje skladbami „Menuet a-moll“, „Menuet d-moll“ a „Sólo pro Cembalo“. Obdivuhodná je její skromnost a všeobecný přehled.

Tabulka č. 4

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
motorika	3,5	3,5	3,4	3,4	3,3	3,3	3,2	3,2	3,1	3,0
psycho-soc.	4,0	4,0	3,8	3,7	3,6	3,0	2,7	2,6	2,5	2,4
samostatnost	3,0	3,5	3,8	4,0	4,3	4,6	4,8	4,9	5,0	5,1

hodnotící škála	1	2	3	4	5
motorika	nejlepší	lepší	průměr	horší	nejhorší
psycho-sociální	nejlepší	lepší	průměr	horší	nejhorší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný

Graf č. 4: Graf – Ema



Pozorovaný popis zlepšení kvality života u paní Emy:

Hudební aktivity jí přinášejí pozitivní emoční ladění a zmírnění motorických příznaků. Zlepšení motorických symptomů bylo vidět především při kontrole pohybů rukou při hudbě, která byla prováděna při každém sezení skupiny. Zlepšení motorických příznaků pociťuje také při poslechu nahrávek hry na cembalo. Samostatnost u paní Emy vzrůstala, přesto s edukátorem setrvávala stále ve velmi úzkém kontaktu. Se zájmem a ochotou se zapojovala do skupinových aktivit, vnášela do skupiny pohodu a vyrovnanost. Obavy a očekávání v počátku skupinových setkávání vyžadovaly psychosociální podporu, nyní – od 8. měsíce skupinové hudebně reedukační práce, je samostatná jak ve skupině, tak i v domácích aktivitách. Věděla, že hudební aktivity pomáhají ke zmírnění příznaků, a proto chtěla tyto aktivity vykonávat. Hudbu dříve poslouchala, ale kontakt s hudbou v jejím životě se naučila více používat.

Ilustrace č. 5

Klient, který je v této práci nazýván Miloš, byl edukátorem doprovázen 10 měsíců a je mu 70 let. Je to jediný muž z pravidelně docházejících ze skupiny nemocných Parkinsonovou nemocí. Počátek nemoci byl zaznamenán v 60 letech věku. V té době měl těžké zdravotní komplikace. U Miloše jsou poměrně výrazné symptomy jeho nemoci v motorické oblasti. Z parkinsonických příznaků se především objevují třes a mimovolní (jinými slovy kroutivé,

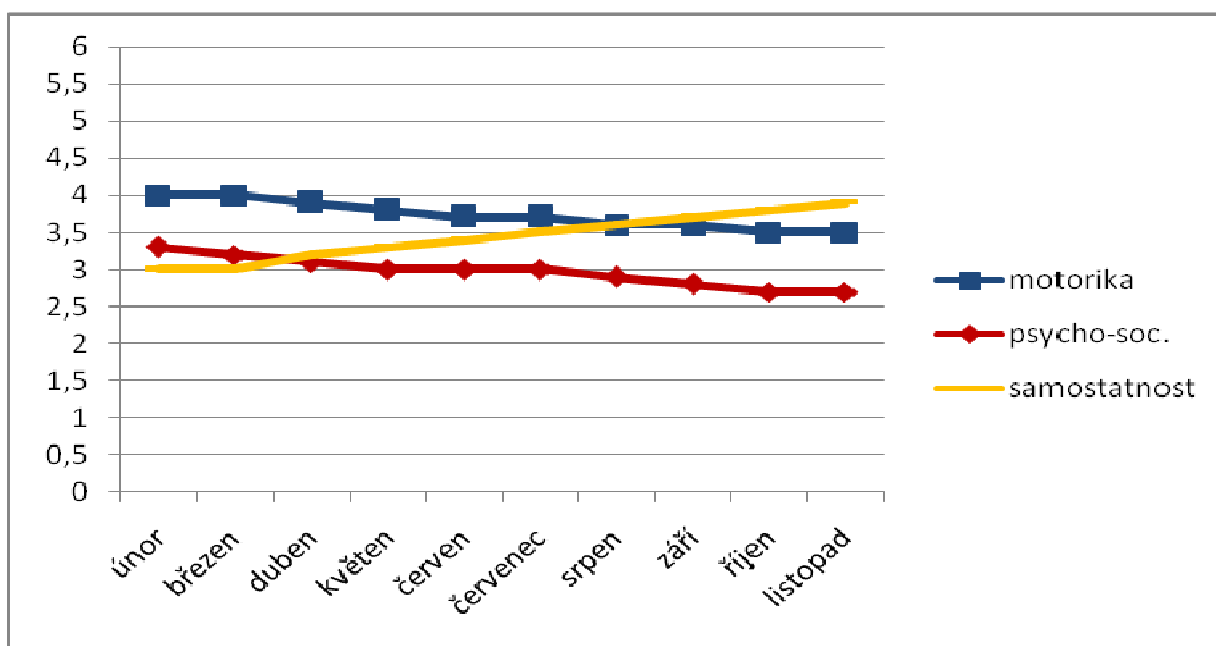
atetoidní, choreatické) pohyby celého těla, výrazně na horních i dolních končetinách. Dochází tak k dyskinézi pohybů celého těla. Trpí záškuby, křečemi, nedobrovolnými, někdy v intenzivní míře, pohyby svalů, nad kterými ztrácí kontrolu. V řeči zadržává, svalové pohyby jsou zpomalené, bradykinetické nebo v záškubech celého těla. Medikaci užívá 8 let. Hudebních aktivit se zúčastňoval rád a je účasten i různých aktivit klubu, navštěvuje logopedii, chodí plavat, zúčastnil se také výstupu na horu Říp. Je milý, vstřícný, ochotný pomoci. Vnášel do skupiny emoční stabilitu. Jeho otec se věnoval fotografování. Fotografiemi květin jedné z výstav jeho otce s radostí obdaroval pan Miloš všechny členy skupiny.

Tabulka č. 5

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
motorika	4,0	4,0	3,9	3,8	3,7	3,7	3,6	3,6	3,5	3,5
psycho-soc.	3,3	3,2	3,1	3,0	3,0	3,0	2,9	2,8	2,7	2,7
samostatnost	3,0	3,0	3,2	3,3	3,4	3,5	3,6	3,7	3,8	3,9

hodnotící škála	1	2	3	4	5
motorika	nejlepší	lepší	průměr	horší	nejhorší
psycho-sociální	nejlepší	lepší	průměr	horší	nejhorší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný

Graf č. 5: Graf – Miloš



Pozorovaný popis zlepšení kvality života u pana Miloše:

Hudební aktivity, dle slov pana Miloše, mu pomáhaly při zmírnění motorických příznaků, ale i po stránce psychické, pomohly mu zvýšit sebevědomí a částečně nalézal pan Miloš ztracenou sebejistotu. Ve skupině evidentně ztrácel obavy ze symptomů jeho nemoci. Psychosociální podpory bylo potřeba obzvlášť při konání hudebních aktivit v domácím prostředí, rytmus a svižnější hudba zmírňovaly motorické příznaky, samostatnost se lehce zvyšovala.

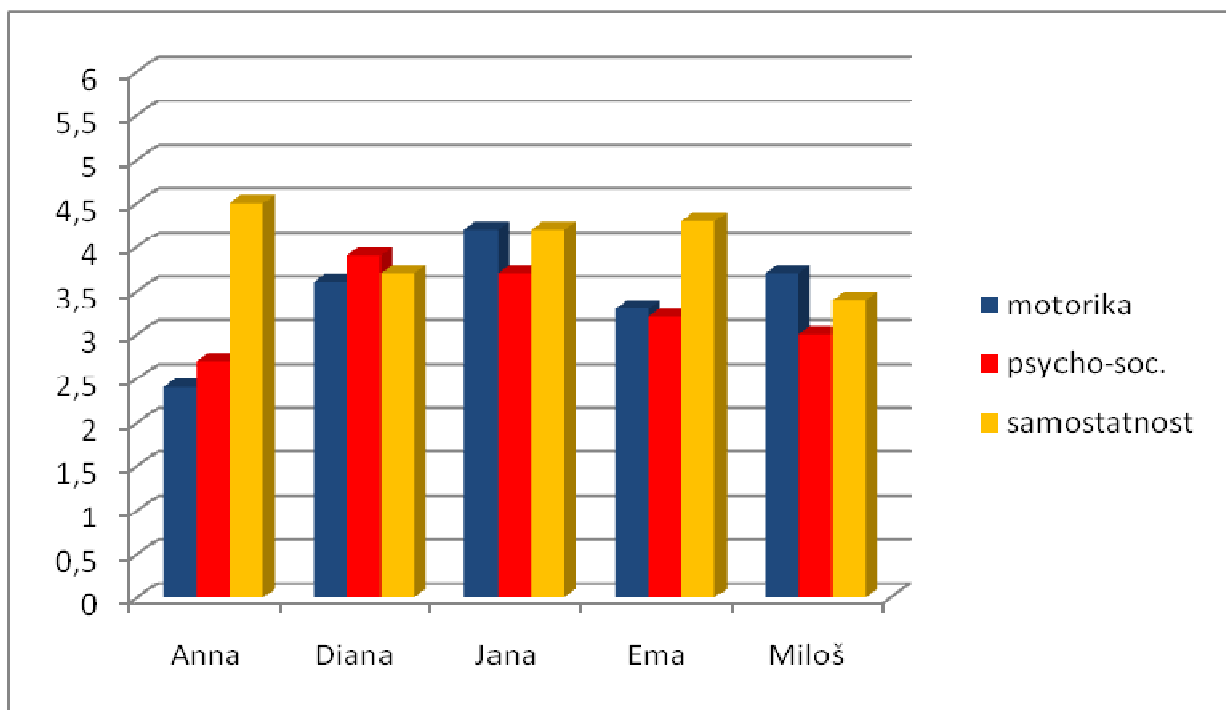
Závěrem této kapitoly je uveden Graf č. 6 – průměr hodnot, který sumarizuje hodnoty linií – psychosociálních potřeb, motorických aktivit a linií snahy o samostatnost. Jak je patrné z grafu, tyto tři linie je možné vnímat, i když v každé časové fázi s jiným akcentem, jako tři základní profilující se linie. U grafu jsou krátce připomenuty škály následující hodnotící tabulkou.

Tabulka č. 6

	motorika	psycho-sociální	samostatnost
Anna	2,4	2,7	4,5
Diana	3,6	3,9	3,7
Jana	4,2	3,7	4,2
Ema	3,3	3,2	4,3
Miloš	3,7	3,0	3,4

hodnotící škála	1	2	3	4	5
motorika	nejlepší	lepší	průměr	horší	nejhorší
psycho-sociální	nejlepší	lepší	průměr	horší	nejhorší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný

Graf č. 6: Graf – průměr hodnot



Závěrečné shrnutí aktivit celé skupiny:

Během práce se nejdříve jako dominující potřeba začaly jevit potřeby psychosociální, dále se klienti jako skupina více soustředili na motorické aktivity a posléze na samostatnost a hudební aktivity pro domácí práci. Výsledky domácí aktivity byly na setkáváních vyhodnocovány a další postupy konzultovány s neurologem a supervizorem. Z toho vyplývá, že další součástí spolupráce mezi edukátorem a klientem byla také domácí podpora, která spočívala v telefonických rozhovorech, emailové či písemné komunikaci.

Na každém jednotlivém hudebním setkání byl dán klientům prostor k emočním projevům, někteří preferovali užší kontakt před veřejným sdělováním vlastních pocitů a osobních informací. Na základě výše zjištěných a poznanych skutečností bylo zřejmé, že volba individuálního hudebního vedení byla opodstatnělá a velmi potřebná. Studenti v pozici edukátorů pracovali s klienty pod supervizí zkušeného muzikoterapeuta, který část setkání vedl. Konkrétní kroky pro oblast práce s osobami trpícími Parkinsonovou nemocí byly konzultovány s neurologem. Studenti v roli edukátorů se aktivně podíleli na realizaci programu, sami ho zajišťovali a připravovali.

Již od prvních setkání se postupně, pozvolna tvořilo klima skupiny. Byla cítit vzájemná empatie, vzájemné porozumění. Je nutné podotknout, že skupinu tvořili jedinci s Parkinsonovou nemocí ve větší či menší míře postižení, povahově různorodí lidé, a také různorodí jedinci co do výběru hudebních aktivit. Některé klienty sužovaly převážně motorické příznaky, jiné symptomy non-motorické. Každý jedinec má výraznější některý z příznaků, každému pomáhá jiný cvik a každému je milá a pozitivně působící jiná hudba. Nutno podotknout, že kvalita pohybu je výrazně závislá na medikamentózní léčbě, léky ale mohou i negativně ovlivnit. Lze usuzovat, že výsledky jsou ovlivněny stupněm a mírou postižení a velká důležitost je přisuzována kvalitě rodinného zázemí, většina klientů oporu a pochopení svých blízkých nemá a s narušenou psychikou se zhoršují příznaky nemoci. Opora v rodině jistě nemalou měrou přispívá k mírnějšímu průběhu onemocnění Parkinsonovou chorobou. Program byl uzpůsoben tak, aby zaujal všechny zúčastněné. Na každém setkání měl každý klient možnost najít si v celém programu to, co se mu líbí, co mu vyhovuje. Jednotný model hudební reedukace si klienti upravovali, objevila se široká škála a množství podob aktivit, od procvičování jemné motoriky k rytmizaci a rapování, poslechu hudby, přes relaxaci k prožívání, sebevyjádření, až k hudebně tanečním kreacím. Postupně se skupina dopracovala k tomu, že každý přemýšlel sám o sobě, o svých pocitech, o svých

prožitcích, každý ze zúčastněných se zamýšlel nad svým vlastním životem, a to bylo jistě tím nejdůležitějším motivujícím momentem. Pracovali jsme se skupinou od fáze emočního přijetí a zvýšené psychosociální podpory, převážně u všech zúčastněných, k provádění hudebních aktivit vedoucích k vytvoření vlastních individuálních hudebních programů s co největší samostatností jak ve skupině, tak i v domácích hudebních aktivitách. Tyto hudební aktivity byly vřazeny do uspořádání dne klienta jako režimové opatření za účelem zmírnění příznaků Parkinsonovy nemoci. Edukátoři si na základě průběžného pozorování jednotlivých aktivit, projevů a pocitů klienta mohli lépe vyhodnotit efektivitu nabízených hudebních činností. V průběhu vzájemné spolupráce docházelo k postupným systémovým úpravám, především díky stoupající informovanosti a znalostem a také díky vyšší organizovanosti ze strany edukátorů a jejich odborného vedení. Schopnost realistického hodnocení i následná modifikace vyžadovala uspořádanost, postupné a citlivé zvyšování náročnosti hudebních aktivit.

V této empirické části bakalářské práce jsme graficky zobrazili výsledky šetření a provedli dále ověření předpokladů šetření. Slovní shrnutí empirického šetření a ověření předpokladů bude obsaženo v následující kapitole „ověření platnosti předpokladů a sumarizace výsledků“.

3.6 Ověření platnosti předpokladů a sumarizace výsledků

Praktická část vycházela z uvedených předpokladů, že vážná hudba bude působit na jedince s Parkinsonovou nemocí uklidňujícím dojmem (P1), že poslech vážné hudby v ranních hodinách bude mít pozitivní vliv na třes v průběhu celého dne (P2) a rytmizující zvuky a rytmizující řeč budou mít aktivizační vliv (P3).

Předpoklady budou nejdříve srovnány s pozorováním a výpověďmi, autorkou práce sledovanou, paní Emy:

První předpoklad P1 – byl potvrzen. Paní Ema vážnou hudbu pravidelně využívá k relaxaci, většinou v odpoledních hodinách. Z vážné hudby má v oblibě skladby Ludwiga van Beethovana, Johanna Sebastiana Bacha a Petra Iljiče Čajkovského. Relaxační efekt je možné vyvodit z faktu, že tato hudba je hudbou pravidelného tektonického – stavebního dělení, a tím se tato hudba může stávat stimulací synchronizace činnosti CNS. Druhý předpoklad P2 – se nepotvrdil. Vážnou hudbu poslouchá v odpoledních hodinách. K úpravě ranního třesu spíše napomáhá rapování. Zde je možné předpokládat, že poslech byl příliš málo angažovaným a příliš mnoho pasivním. Třetí předpoklad P3 – byl potvrzen. Ráno ji „rozpohybuje“ rapování

už při ranní hygieně a přípravě snídaně, což není nic jiného než rytmizující řeč, čímž je splněn třetí předpoklad. Rytmizující řeč, která je nazývána již MUDr. L. Čapkovou pracovně „rapováním“, bývá v hudebních aktivitách paní Emy provázena pohybem a zpěvnou řečí. Toto propojení má vliv na pozitivní ovlivnění pohybu a na míru volní kontroly pacienta nad pohybem. Pozitivní vliv byl u tohoto předpokladu potvrzen.

Zbývá shrnutí předpokladů u ostatních klientů:

U všech sledovaných klientů s Parkinsonovou nemocí vážná hudba, včetně gregoriánského chorálu, působí uklidňujícím dojmem. Spontánně je tato hudba využívána všemi klienty. Často je využívána v odpoledních hodinách, oblíbené užití vážné hudby je především k relaxaci a k navození spánku. Vážná hudba, jako vnější stimul upravující třes, je ze skupiny klientů využit pouze u paní Anny. Jako stimul pro odstranění svalového třesu je u klientů využívána hudba rytmická, taneční, s akcenty i na jiných než lehkých dobách. Tato hudba uvolňuje a současně je popisována klienty jako hudba celkově energizující. Je zřejmé, že pozitivní ovlivnění pohybu přináší rapování, jak uvádí většina klientů. Paní Ema několikrát za den „mručí“, a to považuje za pozitivní. U paní Diany bylo možné pozorovat zlepšení na úrovni motorické – začátky pohybu byly jistější, nedocházelo tak často ke ztuhlosti mimo domov, bylo znatelné i upravení překotné mluvy. Zlepšení motorických symptomů se potvrdilo u většiny jedinců s Parkinsonovou nemocí při snímání pohybů rukou při hudbě. Hudební aktivity, dle výpovědí většiny jedinců ze skupiny, pomáhaly při zmírnění motorických příznaků, ale i po stránce psychické, pomohly klientům zvýšit si sebevědomí a nalézat ztracenou sebejistotu.

Z odpovědí stanovených průzkumných otázek, kterými byly předpoklady doplněny, vyplývá, že povahu hudebních úkolů pro nemocné s Parkinsonovou nemocí nelze unifikovat; je nutné vytvářet jednotlivcům jejich vlastní hudební aktivity ve formě individuálních hudebních programů; nabízené metody a formy práce budou ochotni přijmout po fázi emočního přijetí; dle míry postižení budou postupně schopni provádět domácí hudební aktivity samostatně nebo částečně samostatně, někteří nadále s psychosociální podporou; zpočátku bude potřeba klienty podporovat, aby byli v domácím prostředí aktivní; v průběhu 10měsíční práce se dostavil moment, kdy někteří klienti vykazovali setrvalou samostatnost s ohledem na míru postižení a momentální náladu; hudební aktivity pomohly zlepšovat motorické funkce klientů; klienti jsou schopni vlastní sebereflexe a následné účasti na modifikaci hudebních aktivit;

pozitivní životní události motivovaly klienty k práci na hudebních cvičeních a naopak negativní životní události demotivovaly; klienti jsou schopni sdílet své pozitivní i negativní životní prožitky s výjimkami preferování užšího kontaktu před veřejným sdělováním; bude se projevovat souvislost mezi intenzitou plnění individuálních hudebních aktivit v domácím prostředí a ve skupině, se skupinovou emoční podporou je viditelně plnění intenzivněji; psychosociální podpora má vliv na zkvalitňování vzájemného vztahu mezi edukátory a klienty.

Aktivity byly zaměřeny na tanec, rytmizování za doprovodu hudebních nástrojů a hry na tělo, vyjádření emocí za pomoci hudební improvizace, ale i pasivního poslechu hudby, která dokázala vyvolat u sledovaných jedinců odlišné emoční vyjádření a prožívání. Na každého člena skupiny hudba působila odlišně, vyvolávala různé představy a emoce, zkrátka na hudbu reagovali variabilně. Mezi oblíbené aktivity bylo možné bezpochyby zařadit svižnou rytmickou hudbu, jak již bylo uvedeno výše, nebránili se country a rokenrolu, překreslování obrazců či snímání pohybů rukou – střídavě otevřít a zavřít pěst, jednotlivé prsty střídat k palci před a na základě prožité hudební aktivity, a to v kontextu hudebního působení. Dalšími kladně vnímanými aktivitami byla relaxace, hra na doprovodné hudební nástroje jako chřestidla maracas, brumle, koncovka a další, ale i pantomimické scénky na různá témata.

Některé jedince sužovaly s převahou motorické příznaky, jiné symptomy non-motorické. Každý jedinec má výrazněji některý z příznaků, každému pomáhá jiný cvik a každému je milá a pozitivně působící jiná hudba. Nutno podotknout, že kvalita pohybu je výrazně závislá i na medikamentózní léčbě, léky mohou negativně ovlivnit. Lze usuzovat, že výsledky jsou ovlivněny stupněm a mírou postižení a velká důležitost je přisuzována kvalitě rodinného zázemí, většina klientů oporu a pochopení svých blízkých nemá a s narušenou psychikou se zhoršují příznaky nemoci. Opora v rodině jistě nemalou měrou přispívá k mírnějšímu průběhu onemocnění Parkinsonovou chorobou. Postupně se skupina dopracovala k tomu, že každý přemýšlel sám o sobě, o svých pocitech, o svých prožitcích, a to bylo jistě tím nejdůležitějším. Koheze skupiny se zvyšuje sebevědomí klienta, jeho pozitivní emoční ladění, jeho empatie pro ostatní, vlastní otevřenost a snižuje se úzkost, depresivní ladění a strach z budoucnosti.

4 ZÁVĚR A NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Bakalářská práce se zabývala problematikou vlivu hudby na jedince s Parkinsonovou chorobou a vycházela z empirického šetření v dané oblasti, přičemž byl zvolen individuální přístup. Cílem práce bylo charakterizovat problematiku jedinců s Parkinsonovou chorobou a zjistit, zda hudební aktivity zmírňují příznaky, a to především příznaky motorické, mezi vybranými jedinci trpícími Parkinsonovou nemocí.

Stanovené předpoklady byly ověřovány pomocí zvolených metod. Empirická část zjišťovala pomocí metod pozorování a rozhovoru s využitím expresivních technik, jaký vliv má nácvik hudebně pohybové složky na zmírnění příznaků nemoci, a tím i na celkové zkvalitnění života jedinců s Parkinsonovou chorobou.

Empirická šetření vyústila v konkrétní navrhovaná opatření v oblasti psychosociální podpory a doprovázení klientů při provádění jejich hudebních aktivit nejen v rámci skupiny, ale i v jejich domácích hudebních aktivitách. Z výsledků šetření vyplývá, že cíl a předpoklady předložené práce byly splněny.

Výsledky během 10měsíční práce ukazovaly, že se nejdříve jako dominující potřeba začaly jevit potřeby psychosociální, dále se klienti jako skupina více soustředili na motorické aktivity a posléze na samostatnost a hudební aktivity pro domácí práci zacílenou na tvorbu individuálních hudebních programů pro každého jednotlivce.

Pozitivní ovlivnění hudbou se potvrdilo u všech zúčastněných jedinců s Parkinsonovou chorobou s rozdílem výběru hudebních žánrů a s ohledem na míru postižení. Při společných rozhovorech s edukátory nemocní přiznávali, že jim společná setkávání přinášela uspokojení, postupné zlepšení motorických funkcí a zvládání vlastních životních situací. Sebedůvěra, kterou průběžně získávali, pomáhala kvalitněji prožívat dny při hudebních setkáních, ale především i v osobním životě.

Nová forma aktivit vnesla do života jedinců trpících Parkinsonovou nemocí jiný úhel pohledu na svou nemoc. Nabídla jim specifickou pomoc, přinesla určitý režim a řád, který s sebou přinášel jistotu a v neposlední řadě poskytl pocit sounáležitosti a porozumění. Smyslem bylo posunout nemocné na jejich cestě uzdravování směrem kupředu, povzbuzovat je v jejich aktivitách a předkládat jim nové možnosti. Díky hudbě se pro mnohé ze zúčastněných otevřela nová forma vyjadřování vlastních pocitů, strastí a obav. Získali zde nové zkušenosti,

zážitky a také společnost lidí ochotných naslouchat a pomáhat. „Pátrali jsme“, jak hudba ovlivňuje psychický a fyzický stav nemocných Parkinsonovou chorobou. Bylo nutné motorické projevy hudebně zacilovat tak, aby omezující příznaky ustoupily. Bylo důležité seznámit se a sblížit se sledovanými jedinci, ale důležité bylo i poznání doprovodných symptomů jejich nemoci. Jednalo se o symptomy motorické a non-motorické.

Na základě výše shrnutých zjištění lze navrhnout následující opatření:

Za největší přínos práce vzhledem k řešené problematice bylo možné považovat inspiraci a otevírání možnosti k další spolupráci a pomoci jedincům s Parkinsonovou chorobou, a tím vést ke zkvalitnění života těchto jedinců. Přínos celé práce spatřuji vůbec ve zkušenosti práce s těmito jedinci a zkušenostmi, kdy je k léčebným účinkům Parkinsonovy nemoci využívána hudba jak v receptivní, tak i aktivní formě.

Je třeba podporovat pokračování hudebních setkávání, dobrým úmyslem by bylo založení „sdružení muziko“ a pokračování v úspěšně načaté práci s těmito jedinci při muzikoterapii. Nebo vytvoření sítě edukátorů, kteří by podporovali samostatnou i skupinovou hudební aktivitu jedinců s Parkinsonovou nemocí a organizovali je.

Je třeba podporovat snahu speciálních pedagogů k dalšímu vzdělávání a sebevzdělávání v oblasti muzikoterapie. Bylo by třeba uceleného muzikoterapeutického vzdělání, nejlépe v rámci studia vysokoškolského, popřípadě formou víkendových seminářů.

Přínos hudební reedukace by bylo možné vidět i ve využití zkušeností v praxi při práci s jedinci s mentálním postižením a ostatními jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami, kde je hudebních aktivit využíváno s úspěchem nejen při hudební výchově. Využití lze vidět také při práci se seniory s demencí v ústavní péči, kde je důležité tyto jedince aktivovat činnostmi.

Závěrem lze zdůraznit, že mezi důležité dovednosti potřebné pro budování terapeutického vztahu jsou komunikační dovednosti, schopnost aktivního naslouchání, dovednost poskytovat zpětnou vazbu a schopnost motivovat.

5 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BACHUROVÁ, H., 2005. Parkinsonova nemoc a s ní spojená porucha komunikace a řeči. *Speciální pedagogika: Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*, roč. 15, č. 3, s. 195. ISSN 1211-2720.
- CAMPBELL, D., 2008. *Mozartův efekt*. 1. vyd. Praha: Eminent. ISBN 978-80-7281-336-0.
- ČAPKOVÁ, L., 2011. Lázně nebo rekondice? *Parkinson: Časopis Společnosti Parkinson*, o.s., č. 33, s. 13. ISSN 1212-0189.
- DOSTÁL, V., 2011. Lázeňská léčba u Parkinsonovy choroby. *Parkinson: Časopis Společnosti Parkinson*, o.s., č. 33, s. 7. ISSN 1212-0189.
- GAVORA, P., 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
- HLADÍLEK, M., 1997. *K obecným základům pedagogiky*. 2. opr. vyd. Liberec: TU. ISBN 80-7083-265-7.
- HOLZER, L., 2011. *Základy celostní muzikoterapie*. [víkendový seminář]. Teplice. PPP v Teplicích.
- CHRÁSKA, M., 2007. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2454-6.
- KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1110-2.
- KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R., 1999. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-716-8.
- MATOUŠEK, O., 1998. *Mládež a delikvence*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-226-2.
- MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.
- NOVOTNÝ, P., 2009. *Filosofie nemocí. Uzdravování psychickými prostředky*. 1. vyd. Liberec: Dialog. ISBN 978-80-86761-99-2.

- PEJŘIMOVSKÁ, J., 2007. *Stres, nezájem a agrese v muzikoterapii dětí* [online]. [vid. 15. 11. 2011]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/clanky/pejrimovska-j-2007-stres-nezajem-a-agrese-v-muzikoterapii-deti>.
- PEJŘIMOVSKÁ, J., ZELEIOVÁ, J., 2010. *Dimenzie muzikoterapie*. 1. vyd. Trnava: Trnavská univerzita v Trnavě. ISBN 978-80-8082-331-3.
- PRŮCHA, J., 1995. *Pedagogický výzkum: uvedení do teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-132-3.
- ROTH, J., SEKYROVÁ, M., RŮŽIČKA, E. a kol., 1999. *Parkinsonova nemoc*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-63-2.
- SACKS, O., 2009. *Musicophilia – příběhy o vlivu hudby na lidský mozek*. 1. vyd. Praha: Dybbuk. ISBN 978-80-86862-92-7.
- SCHWARZ, P. S., 2008. *Parkinsonova nemoc – 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80—247-2321-1.
- SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I. Interna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1775-3.
- SOVÁK, M., 1978. *Uvedení do logopedie*. 1. vyd. Praha: SPN.
- ŠVINGALOVÁ, D., 1996. *Základy psychologie (Psychologická propedeutika) 1. Díl: Základy obecné psychologie*. 2. uprav. vyd. Liberec: TU. ISBN 80-7083-205-3.
- VÁŇOVÁ, H., SKOPAL, J., 2007. *Metodologie a logika výzkumu v hudební pedagogice*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1367-3.
- VIGUE, J., 2006. *Zdraví pro třetí věk*. 1. vyd. Praha: Rebo. ISBN 80-7234-536-2.
- VÍTEK, J., 2007. *Medicínská propedeutika pro speciální pedagogy. Úvod do neurologie. Úvod do oftalmologie*. 1. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-154-6.
- VYMĚTAL, J. a kol., 2004. *Obecná psychoterapie*. 2. rozš. a přepr. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0723-5.
- ZELEIOVÁ, J., 2007. *Muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-237-5.

6 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Kopie pamětního listu z výstupu na horu Říp (viz text str. 49).

Příloha B: Ukázky fotografií z výstupu na horu Říp (viz text str. 49).

Příloha C: Dotazník kvality života (viz text str. 56).

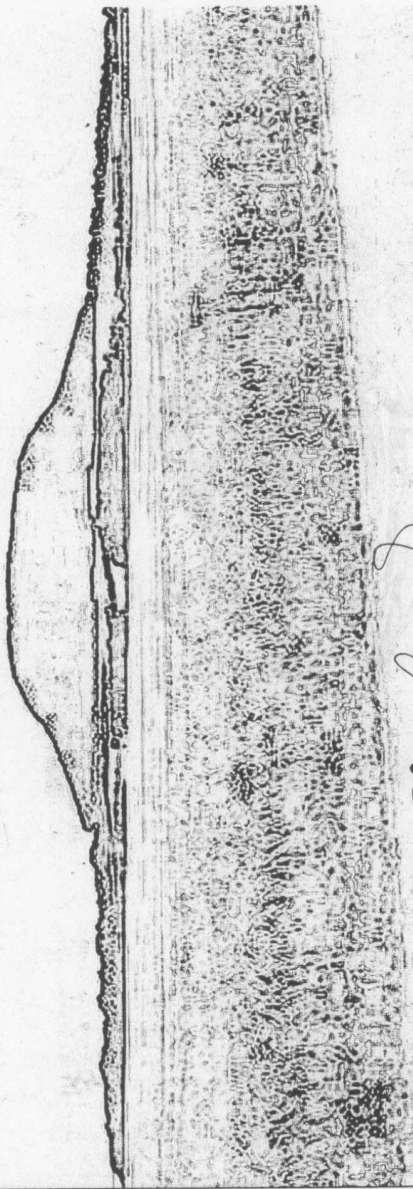
Příloha D: Ukázky hudebních nástrojů na hudební reedukaci (viz text str. 48).

Příloha E: Seznam grafů.

Příloha A – Kopie pamětního listu z výstupu na horu Říp

Pamětní list

4. výstup na horu Říp
10. duben 2011



14. světový den
Parkinsonovy nemoci

PARKINSON
společnost o.s.
Společnost o.s.

Příloha B – Ukázky fotografií z výstupu na horu Říp



Příloha C – Dotazník kvality života

Dotaznik_kvality_zivota%5B2%5D.doc

E.P

Dotazník kvality života

Poznámky k vyplňování dotazníku

Dotazník se skládá z osmi skupin otázek - tzv. domén:

1. **fyzické zdraví** (13 otázek),
 2. **pocity** (14 otázek),
 3. **pracovní aktivity** (13 otázek),
 4. **péče o domácnost** (10 otázek),
 5. **studijní aktivity** (10 otázek),
 6. **využití volného času** (6 otázek),
 7. **sociální vztahy** (11 otázek),
 8. **souhrnný pohled na kvalitu života** (16 otázek).
- Domény 3-5 (pracovní aktivity, péče o domácnost, školní aktivity) se vyplňují pouze, pokud jsou vykonávány. Pokud nejsou vykonávány z důvodu nemoci - např. psychiatrické diagnózy, přiřazuje se každé otázce hodnota „1“.
 - Otázky jsou určeny k samostatnému vyplnění pacientem - klientem. (Pokud není formulace některé otázky jasná, je možné podat krátké vysvětlení, příklad atd.)
 - Předpokládaná doba pro vyplnění: 20-35 minut podle závažnosti stavu onemocnění.
 - Pokud není dostatek času pro vyplnění celého dotazníku, je možné použít pouze souhrnnou doménu č. 8 (obecný pohled na kvalitu života), jelikož významně koreluje se zbývajících částmi dotazníku.

Chybějící hodnoty

Pokud chybí více jak polovina odpovědí v rámci jedné domény, není možné tyto výsledky použít. Chybí-li méně jak polovina odpovědí, lze přidělit nezodpovězeným otázkám průměrnou hodnotu zodpovězených otázek příslušné domény.

Zpracování výsledků

Porovnání stavu s časovým odstupem (např. před a po zahájení léčby, hospitalizace nebo jiné intervence).

Základní psychometrické vlastnosti dotazníku

Doména „Škola“ (č. 5) nebyla validizována u populace nemocných s depresí.

Reliabilita

Cronbachovo alfa = 0,86-0,96 u jednotlivých domén, opakovatelnost za stejných podmínek potvrzena.

Validita, senzitivita

Q-LES-Q skóre odráží subjektivní závažnost depresivní symptomatologie, proto jej nelze použít jako diagnostický nástroj pro stanovení diagnózy depresivní poruchy. Čím nižší skóre, tím je pravděpodobnější závažnější stupeň depresivní psychopatologie, ale nelze kategorizovat hodnotu Q-LES-Q podle stupně závažnosti onemocnění vyjádřené v CGI.

1. Fyzické zdraví a aktivity

V otázce zakroužkujte číslo odpovídající vašemu pocitu.

vůbec ne/nikdy	= 1	často nebo většinu času	= 4
zřídka	= 2	velmi často nebo stále	= 5
někdy	= 3		

Vzhledem k Vašemu fyzickému zdraví, po jakou dobu během minulého týdne...

- | | | |
|--|-----------|------|
| ➤ jste byl/a zcela bez obtíží a bolestí? | 1 2 3 4 5 | (1) |
| ➤ jste se cítil/a odpočinutě? | 1 2 3 4 5 | (2) |
| ➤ jste se cítil/a plný/á energie? | 1 2 3 4 5 | (3) |
| ➤ jste se cítil/a ve výborné fyzické kondici? | 1 2 3 4 5 | (4) |
| ➤ jste se cítil/a v docela dobré kondici? | 1 2 3 4 5 | (5) |
| ➤ jste si nedělal/a starosti o Vaše zdraví? | 1 2 3 4 5 | (6) |
| ➤ jste měl/a pocit dostatečného spánku? | 1 2 3 4 5 | (7) |
| ➤ jste se cítil/a aktivní, když to bylo potřeba? | 1 2 3 4 5 | (8) |
| ➤ jste cítil/a jistotu v pohybech? | 1 2 3 4 5 | (9) |
| ➤ jste pocíťoval/a, že Vám paměť dobře slouží? | 1 2 3 4 5 | (10) |
| ➤ jste se cítil/a tělesně dobře? | 1 2 3 4 5 | (11) |
| ➤ jste se cítil/a plný/á elánu a životní síly? | 1 2 3 4 5 | (12) |
| ➤ jste byla/a bez problémů se zrakem? | 1 2 3 4 5 | (13) |

2. Pocity

V otázce zakroužkujte číslo odpovídající vašemu pocitu.

vůbec ne/nikdy	= 1	často nebo většinu času	= 4
zřídka	= 2	velmi často nebo stále	= 5
někdy	= 3		

Během minulého týdne ...

- měl/a jste pocit, že máte jasnou hlavu? 1 2 3 4 5 (14)
- pociťoval/a jste spokojenost se svým životem? 1 2 3 4 5 (15)
- byl/a jste spokojený/á se svým vzhledem? 1 2 3 4 5 (16)
- cítil/a jste se vesele nebo dokonce šťastně? 1 2 3 4 5 (17)
- cítil/a jste se nezávislý/á na pomoci druhých? 1 2 3 4 5 (18)
- cítil/a jste se v klidu a pohodě? 1 2 3 4 5 (19)
- měl/a jste chuť se bavit s ostatními? 1 2 3 4 5 (20)
- měl/a jste zájem o svůj vzhled (účes, výběr oblečení)
a osobní hygienu (mytí, oblékání)? 1 2 3 4 5 (21)
- jak často jste se dokázal/a rozhodnout? 1 2 3 4 5 (22)
- cítil/a jste se uvolněně? 1 2 3 4 5 (23)
- měl/a jste dobrý pocit ze života? 1 2 3 4 5 (24)
- cítil/a jste se schopný/á si zařídit potřebné věci
mimo domov (pěšky, autem, autobusem,
vlakem nebo jiným způsobem)? 1 2 3 4 5 (25)
- cítil/a jste se schopný/á zvládat svoje
životní problémy? 1 2 3 4 5 (26)
- byl/a jste schopný/á se o sebe postarat? 1 2 3 4 5 (27)

3. Práce

Jste někde zaměstnán/a? ANO / ☒ NE nebo podnikáte? ANO / ☒ NE (zatrhněte platnou variantu).

Pokud zní odpověď NE v obou případech, přejděte na následující téma „Péče o domácnost“.

V otázce zakroužkujte číslo odpovídající vašemu pocitu.

vůbec ne/nikdy	= 1	často nebo většinu času	= 4
zřídka	= 2	velmi často nebo stále	= 5
někdy	= 3		

Jak často jste během minulého týdne..

- | | | |
|---|-----------|------|
| ➤ měl/a pocit, že Vás práce těší? | 1 2 3 4 5 | (28) |
| ➤ řešil/a pracovní problémy bez zbytečného stresu? | 1 2 3 4 5 | (29) |
| ➤ dokázal/a nad svou prací jasně přemýšlet? | 1 2 3 4 5 | (30) |
| ➤ si věděl/a při práci rady? | 1 2 3 4 5 | (31) |
| ➤ dotáhl/a do konce, co jste si předsevzal/a? | 1 2 3 4 5 | (32) |
| ➤ cítil/a spokojenost z dobře vykonané práce? | 1 2 3 4 5 | (33) |
| ➤ se Vám dobře pracovalo? | 1 2 3 4 5 | (34) |
| ➤ cítil/a zájem o svou práci? | 1 2 3 4 5 | (35) |
| ➤ byl/a schopen/na se na svou práci soustředit? | 1 2 3 4 5 | (36) |
| ➤ pracoval/a pečlivě a důkladně? | 1 2 3 4 5 | (37) |
| ➤ stačil/a obvyklému pracovnímu tempu? | 1 2 3 4 5 | (38) |
| ➤ byl/a schopen/a si sám/a zařídit práci? | 1 2 3 4 5 | (39) |
| ➤ jednal/a s ostatními v pohodě a snadno se domluvil/a? | 1 2 3 4 5 | (40) |

4. Péče o domácnost

Máte na starosti nějaké domácí činnosti (např. úklid, nákup, příprava jídla, nákup potravin, péče o nádobí), kterou byste vykonával/a pro sebe nebo pro další lidi? Pokud zní odpověď NE, přejděte na následující téma „Školní/studijní aktivity“.

V otázce zakroužkujte číslo odpovídající vašemu pocitu.

vůbec ne/nikdy	= 1	často nebo většinu času	= 4
zřídka	= 2	velmi často nebo stále	= 5
někdy	= 3		

Během minulého týdne ..

- byl/a jste spokojen/a s tím, jak udržujete pořádek ve svém pokoji, bytu, domě? 1 2 3 4 5 (41)
- zvládal/a jste placení účtů, složenek nebo jiná úřední jednání? 1 2 3 4 5 (42)
- zvládal/a jste nakupování potravin nebo dalších věcí do domácnosti? 1 2 3 4 5 (43)
- jak dalece jste zvládal/a nákup nebo přípravu jídla? 1 2 3 4 5 (44)
- jak často jste zvládal/a praní a úklid? 1 2 3 4 5 (45)
- měl/a jste dobrý pocit z práce v domácnosti? 1 2 3 4 5 (46)
- byl/a jste schopný/á se soustředit a ujasnit si, co je potřeba doma udělat? 1 2 3 4 5 (47)
- zvládal/a jste problémy v domácnosti bez zbytečného stresu? 1 2 3 4 5 (48)
- dokázal/a jste správně rozhodovat při péči o domácnost? 1 2 3 4 5 (49)
- opravoval/a jste něco nebo se postaral/a podle potřeby o údržbu domácnosti? 1 2 3 4 5 (50)

5. Školní/studijní aktivity

Chodíte do školy nebo jste se zúčastnil/a během minulého týdne nějaké výuky? Pokud zní odpověď **NE** přejděte na následující téma „Využití volného času“.

V otázce zakroužkujte číslo odpovídající vašemu pocitu.

vůbec ne/nikdy	= 1	často nebo většinu času	= 4
zřídka	= 2	velmi často nebo stále	= 5
někdy	= 3		

Během minulého týdne, jak často ...

- | | | |
|---|-----------|------|
| ➤ Vás těšila práce ve škole/kurzu? | 1 2 3 4 5 | (51) |
| ➤ Vás bavilo připravovat se na výuku? | 1 2 3 4 5 | (52) |
| ➤ jste se cítil/a při studiu v pohodě, bez stresu? | 1 2 3 4 5 | (53) |
| ➤ jste přemýšlel/a o studiu bez obav? | 1 2 3 4 5 | (54) |
| ➤ jste byl/a ohledně studia rozhodný/á, bylo-li to nutné? | 1 2 3 4 5 | (55) |
| ➤ jste měl/a radost ze svých úspěchů při studiu? | 1 2 3 4 5 | (56) |
| ➤ jste se zajímal/a o probíranou látku? | 1 2 3 4 5 | (57) |
| ➤ jste se dostatečně soustředil/a na práci při studiu? | 1 2 3 4 5 | (58) |
| ➤ jste se cítil/a během studia dobře? | 1 2 3 4 5 | (59) |
| ➤ jste se domluvil/a s ostatními bez problémů? | 1 2 3 4 5 | (60) |

6. Využití volného času

Následující otázky se vztahují k zájmům provozovaným ve volném čase, jako je sledování televize, čtení novin nebo časopisů, pěstování pokojových rostlin nebo zahrádkaření, různé koníčky, návštěvy muzea nebo kina, nebo sportovních akcí a jiných příležitostí k využití volného času.

V otázce zakroužkujte číslo odpovídající vašemu pocitu.

vůbec ne/nikdy	= 1	často nebo většinu času	= 4
zřídka	= 2	velmi často nebo stále	= 5
někdy	= 3		

Pokud jste měl/a minulý týden čas,...

- jak často jste se věnoval/a svým zálibám,
koníčkům, rekreaci? 1 2 3 4 5 (61)
- jak často jste z nich měl/a radost ? 1 2 3 4 5 (62)
- těšil/a jste se na své záliby, koníčky už předem? 1 2 3 4 5 (63)
- dokázal/a jste se soustředit a plně se jim věnovat? 1 2 3 4 5 (64)
- Pokud se minulý týden objevil ve Vašem volném čase
nějaký problém, zvládl/a jste ho bez stresu? 1 2 3 4 5 (65)
- udržely Vaše koníčky Váš zájem? 1 2 3 4 5 (66)

7. Sociální vztahy

V otázce zakroužkujte číslo odpovídající vašemu pocitu.

vůbec ne/nikdy	= 1	často nebo většinu času	= 4
zřídka	= 2	velmi často nebo stále	= 5
někdy	= 3		

Jak často jste během minulého týdne...

- měl/a radost z popovídání nebo z návštěvy přátel nebo příbuzných? 1 2 3 4 5 (67)
- se těšil/a na setkání s nimi? 1 2 3 4 5 (68)
- plánoval/a s přáteli nebo příbuznými společenské akce pro příští setkání? 1 2 3 4 5 (69)
- měl/a radost z hovoru se spolupracovníky nebo sousedy? 1 2 3 4 5 (70)
- měl/a trpělivost s lidmi, kteří Vás dráždili tím co dělali nebo jak mluvili? 1 2 3 4 5 (71)
- se zajímal/a o problémy jiných lidí? 1 2 3 4 5 (72)
- pocítil/a k někomu sympatie? 1 2 3 4 5 (73)
- měl/a pocit, že vycházíte dobře s ostatními lidmi? 1 2 3 4 5 (74)
- žertoval/a nebo se smál/a s ostatními? 1 2 3 4 5 (75)
- cítil/a, že děláte něco pro své přátele nebo příbuzné? 1 2 3 4 5 (76)
- cítil/a, že Vaše vztahy s přáteli nebo příbuznými byly bez větších problémů nebo konfliktů? 1 2 3 4 5 (77)

8. Obecné aktivity/činnosti

V otázce zakroužkujte číslo odpovídající vašemu pocitu.

vůbec ne/nikdy	= 1	často nebo většinu času	= 4
zřídka	= 2	velmi často nebo stále	= 5
někdy	= 3		

Když vezmete v úvahu všechny okolnosti, jak jste byl/a během minulého týdne spokojený/á...

- se svou náladou? 1 2 3 4 5 (78)
- se svou prací? 1 2 3 4 5 (79)
- se zvládáním domácnosti? 1 2 3 4 5 (80)
- se svým společenským životem? 1 2 3 4 5 (81)
- se vztahy ve své rodině? 1 2 3 4 5 (82)
- s využitím svého volného času? 1 2 3 4 5 (83)
- se svou schopností uplatnit se v denním životě? 1 2 3 4 5 (84)
- se svým sexuálním životem (touha, zájem, výkon)? 1 2 3 4 5 (85)
- se svou finanční situací? 1 2 3 4 5 (86)
- se způsobem života nebo s bydlením?* 1 2 3 4 5 (87)
- s možností pohybu bez pocitů nejistoty, závratí nebo pocitů na omdlení?* 1 2 3 4 5 (88)
- se schopností pracovat nebo se věnovat koníčkům podle svých představ?* 1 2 3 4 5 (89)
- Cítil/a jste se během minulého týdne celkově dobře? 1 2 3 4 5 (90)
- se svými léky? (Jestliže neberete žádné léky, udělejte zde křížek ___ a tuto otázku nevyplňujte.) 1 2 3 4 5 (91)
- Jak byste hodnotil/a celkovou spokojenost se životem během posledního týdne? 1 2 3 4 5 (92)

* Je-li uspokojení u otázek označených hvězdičkou velmi nízké, nízké nebo průměrné, podtrhněte prosím jednotlivé faktory, které k této nespokojenosti vedly.

Příloha D – Ukázky hudebních nástrojů na hudební reedukaci

Brumle



Bubny djembe



Deštová hůl



Didgeridoo



Kazoo



Ozvučná dřívka



Maracas chřestidla



Koncovka



Příloha E – Seznam grafů

Graf číslo 1: Jednotnost skupiny

Graf číslo 2: Aktivita skupiny

Graf číslo 3: Zlomové momenty

Graf číslo 4: Finální aktivita

Graf číslo 5: Graf cesty pronikání

Graf číslo 6: Graf – Anna

Graf číslo 7: Graf – Diana

Graf číslo 8: Graf – Jana

Graf číslo 9: Graf – Ema

Graf číslo 10: Graf – Miloš

Graf číslo 11: Graf – průměr hodnot